

MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE INGEGNERI

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05** Per informazioni tel. **02.49.53.39.80**

Contraente		Assicurato	
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
Iscritto all'Ordine di		Data e Nr iscrizione	

Azienda/Studio			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	

Attività		Atra eventuale attività svolta	
Iscritto albo		Nr. Iscr. Albo	Prov.
Fatturato anno precedente €		Fatturato previsto anno in corso €	
Estensioni richieste:			

Altre assicurazioni personali in corso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Compagnia			
Num.	Massimale	Scadenza	

Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo:

Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia SI NO
Se si indicare motivazione e data:

L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto SI NO
In caso affermativo allegare documentazione a riguardo

L'assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine SI NO

***Effetto** | | | | **Scadenza** | | | | **Prima rata** | | | |

*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

MASSIMALE: € | | | | ,00 per anno e per sinistro **Franchigia: €** | | | | ,00

Pagamento:

Bonifico bancario: Banco BPM – C/C Intestato **Assimedici Srl**

IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** – Causale: nome e cognome

Carta di credito: VISA MASTERCARD

NR. |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

Scad. |_|_|/|_|_| cvv* |_|_|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____ | ___ | ___ | _____ |

_____ (Firma del Contraente)

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assiprofessionisti.it E-mail info@assiprofessionisti.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011



DUAL Professioni Ingegneri

MODULO RACCOLTA DATI

Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità Civile Professionale Ingegneri

Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI. Esso si riferisce al prodotto DUAL Professioni dedicato a professionisti, associazioni professionali e/o società con FATTURATO fino a € 200.000 e non si applica individualmente a professionisti parte di associazioni professionali o società.

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno riportate nella SCHEDA DI POLIZZA sottoforma di dichiarazione del CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto emesso su richiesta del Proponente. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

ATTENZIONE: i termini riportati in lettere maiuscole hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP:

CITTA':

Paese di residenza:

P.IVA.

Codice Fiscale:

Indirizzo di posta elettronica

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Professione:

Ingegnere

(escluso l'Ingegnere dell'Informazione)

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

1. FATTURATO consuntivo, previsionale se il Proponente Neo Costituito (includere l'eventuale FATTURATO derivante: dall'attività dei singoli professionisti e/o di amministratore condominiale, se richieste le rispettive estensioni)

€

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

2. Esiste altra polizza che copre in tutto o in parte i rischi oggetto del contratto di assicurazione a cui si riferisce il presente modulo?

SI	NO
----	----

ATTENZIONE: nel caso di risposta "Non Confermo" anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono si prega di far compilare la Proposta di Assicurazione tailor made e di sottoporla a DUAL ITALIA S.P.A. che valuterà l'assumibilità del rischio.

3. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:

- del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
- dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
- di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva.

Confermo Non Confermo

4. Confermo che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti:

- del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
- dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
- di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva

Confermo Non Confermo

Se il FATTURATO dichiarato è comprensivo anche del FATTURATO relativo ad una o più delle attività di seguito indicate, si richiede l'estensione:

5. Studi associati / Società?

SI NO

6. Amministratore condominiale?

SI NO

Termini opzionali a discrezione del Proponente:

7. Si desidera rinunciare alla RETROATTIVITA' illimitata, limitando quindi la RETROATTI VITA' alla data di decorrenza della POLIZZA?

SI NO

In caso di risposta affermativa sarà applicata una riduzione del premio del 30%, ma il Proponente ridimensiona in misura consistente la propria copertura assicurativa in quanto eventuali RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate agli ASSICURATI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, ma relative ad ERRORI commessi in data antecedente la data di decorrenza della POLIZZA, non rientrerebbero più nella garanzia assicurativa.

LIMITI DI INDENNIZZO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al FATTURATO dichiarato al precedente punto 1. barrare la casella del LIMITE DI INDENNIZZO richiesto.

CLASSI DI FATTURATO	SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro)						
	250	500	1.000	1.500	2.000	2.500	3.000
DA € 0 A € 50.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 50.001 A € 100.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 100.001 A € 150.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 150.001 A € 200.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREMIO annuo lordo Euro

.....

AVVERTENZE

Qualora le risposte fornite siano tutte “Confermo”, le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell’emissione del Contratto emesso su richiesta del Proponente e riportate nella SCHEDA DI POLIZZA per opportuna sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il DIP, al DIP aggiuntivo, le condizioni generali di assicurazione e le definizioni, contenuti nel set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018 che dovrà essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto.

Firma dell’INTERMEDIARIO:

Data:/...../..... Firma del Proponente per accettazione:

Il presente documento è aggiornato al mese di Novembre 2019

Conferma ricezione di:

DA FIRMARE

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assiprofessionisti.it E-mail info@assiprofessionisti.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

