# Professional indemnity Insurance – Proposal Form

## QUESTIONARIO PER ASSICURAZIONE DELLA RC PROFESSIONALE DELL'AVVOCATO

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma **"claims made"**. Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

---

**1) Dati del proponente:**

**Nome Assicurato / Studio Associato** (Name of insured) _____

**Indirizzo** (Address) _____ **Città** (Town) _____

**Anno iscrizione Albo /** (Year of enrolment) _____ **Anno inizio attività** (Commencement activity) _____

**P. IVA/Cod. Fiscale** _____ _____ **5) Telefono** _____

**2) Se si tratta di Studio Associato, indicare le generalità complete di ciascun Professionista che si desidera assicurare, unitamente all'anno di inizio attività presso lo Studio e di iscrizione all'albo:** If Partnership or Associated Office, please state the name of each professional person to insure and year of commencement and enrolment:

**Dott. ..... dal..... iscrizione albo .....**

**Dott. ..... dal..... iscrizione albo .....**

**Dott. ..... dal..... iscrizione albo .....**

**Dott. ..... dal..... iscrizione albo .....**

---

**3) Decorrenza e durata della Polizza:** inception/exp. terms dalle h. 24.00 del…… alle h. 24.00 del……

---

**4) Massimale di Assicurazione richiesto -** Amount of indemnity required, in aggregate

☐ € 500.000 ☐ € 1.000.000 ☐ € 1.500.000 ☐ € 2.000.000 ☐ € 2.500.000 ☐ € 5.000.000 ☐ altro € ……..

---

**5) Specificate i Vostri introiti relativi agli ultimi 12 mesi (31 Dicembre scorso) derivanti da:**
Income for previous 12 months financial period ending 31 December

| | **ATTIVITA'** (Activity) | **INTROITI RELATIVI** (Income) |
|---|---|---|
| **A)** | **AVVOCATO / Studio Associato**<br>(Lawyer / Associated Office) | **€** |
| **B)** | **CONTABILE E FISCALE**<br>(Tax consultant) | **€** |
| **C)** | **SINDACO/REVISORE CONTABILE**<br>(Statutory Auditor / Internal Auditor) | **€** |
| **D)** | **MEMBRO DI CONSIGLI DI AMMINISTRAZIONE**<br>(Director of Companies) | **€** |
| **E)** | **CONCILIATORE / MEDIATORE**<br>(Conciliator / Mediator) | **€** |
| **F)** | **ALTRO**<br>(Other) | **€** |
| | **Totale** | **€** |

6) **Avete mai sottoscritto altre polizze a garanzia di questi stessi rischi negli ultimi 5 anni?** ☐ SI ☐ NO
Have you effected similar insurances during the past 5 years?

**In caso affermativo, relativamente a queste precedenti coperture date dettagli -** If Yes, please give details

| **Compagnia**<br>Insurance Company | **Massimale della Polizza**<br>Policy limit | **Scoperto/Franchigia**<br>Excess/deductible | **Periodo**<br>Period |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7) **Avete attualmente in vigore altre Polizze che garantiscano gli stessi rischi per i quali è richiesta questa copertura?** Has the Firm or any of their Partners in force any Policy for similar risks? ☐ SI ☐ NO

**In caso affermativo, specificare quali sono i Soggetti assicurati e i Massimali previsti tenendo conto che, in tal caso, la presente proposta riguarderà una copertura in secondo rischio.** If Yes, please give details having in mind that this policy will be in second risk.
.....

8) **Negli ultimi 5 anni si sono mai verificate le seguenti circostanze?**
In the past 5 years, has any application for similar insurance ever been
**a) interruzione/recesso da parte degli Assicuratori /** declined ☐ SI ☐ NO
**b) cancellazione da parte degli Assicuratori /** cancelled ☐ SI ☐ NO
**c) rifiuto di rinnovo da parte degli Assicuratori /** refused at renewal or ☐ SI ☐ NO
**d) imposizione di clausole particolari da parte degli Assicuratori /** had special terms imposed? ☐ SI ☐ NO

**Alle eventuali risposte affermative dare dettagli** If any answer is Yes, please give details:

……..…….

**<u>Per le seguenti domande in caso affermativo, compilare il campo apposito specificato alla fine del questionario.</u>**

9) **Alcuno dei soggetti da assicurare ha mai avuto precedenti sinistri / reclami e/o richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?** Have any subject to insure had any claims/requests of compensation in past 5 years?
☐ SI ☐ NO

10) **Alcuno dei soggetti da assicurare è a conoscenza di fatti o circostanze dai quali possano discendere future richieste di indennizzo?** Is any subject to insure aware of any circumstances which may result in any claim being made against the present or past Partners?
☐ SI ☐ NO

11) **Alcuno dei soggetti da assicurare ha ricoperto / ricopre cariche sociali presso società che si trovino attualmente in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di amministrazione controllata, o di concordato preventivo o nei cui confronti sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, o si trova in stato di precarietà aziendale che possano determinare l'apertura di uno dei suddetti procedimenti?**
Has any of the subjects to be assured been / or are in social position within companies, in a state of bankruptcy, of compulsory liquidation, in controlled administration or of a preventive agreement with creditors, or is in a similar condition, or in a position of business precariousness such as to determine one of the aforesaid procedures ?

☐ SI ☐ NO

**Si dichiara che tutto quanto sopra indicato corrisponde alla realtà dei fatti e che non sono state omesse o sottaciute circostanze o fatti materiali che possano influire sul presente contratto. Si prende altresì atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso.** I/WE HEREBY DECLARE that the above statements and particulars are true and that I/WE have not suppressed or mis-stated any material facts and I/WE agree that this Proposal Form and any supplementary information sheet(s) attached hereto shall be the basis of the contract with the Underwriters.

| Data | Firma |
|---|---|
| | |

**Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, si precisa che W.B.A. S.r.l. tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.**

**AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 32, COMMA SECONDO, REGOLAMENTO ISVAP 26 MAGGIO 2010, N. 35, IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, FACENTE PARTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO COSTITUITO DA:**

**A) NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO;**
**B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E L'APPENDICE D'AGGIORNAMENTO "APPENDICE N.1 – ED. MAGGIO 2011";**
**C) MODULO DI PROPOSTA.**

| DATA | IL CONTRAENTE |
|---|---|
| _____ | _____ |

**La compilazione dei seguenti campi è volta a fornire maggiori dettagli, necessari per una corretta valutazione del rischio, nel caso in cui fossero state date una o più risposte positive alle domande 10. 11. e 12. del Questionario.** The details herewith enclosed are necessary for a right evaluation of the risk, should any answer to the questions 10. 11. and 12. be positive.

**Relativamente alla domanda 9:**

……....

……....

……....

……....

……....

**Relativamente alla domanda 10:**

……....

……....

……....

……....

……....

**Relativamente alla domanda 11:**

……....

……....

……....

……....

……....

……....

……....

| Data | Firma |
| --- | --- |
| | |