

Contraente \_\_\_\_\_  
Assicurato \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_  
Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  
Partita Iva |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  
Data di nascita |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_

Studio indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pv \_\_\_\_\_  
Tel. Studio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_  
Altra eventuale attività svolta \_\_\_\_\_  
Iscritto albo \_\_\_\_\_ Nr. Iscr. albo \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
Fatturato Anno precedente € \_\_\_\_\_ Fatturato previsto anno in corso € \_\_\_\_\_  
Estensioni richieste: \_\_\_\_\_

Altre assicurazioni personali in corso: SI  NO  - 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 sì quando |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| e indicarne il motivo \_\_\_\_\_  
- L'assicurato 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

Compagnia Delegataria RC \_\_\_\_\_  
 R.C. Massimale € \_\_\_\_\_  
Effetto |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| Scadenza annuale \_\_\_\_\_  
Totale annuo onnicomprensivo | \_\_\_\_\_ |  
Pagamento:  Bonifico bancario  
 con addebito sulla mia Carta di Credito:  CARTA SI  CARTA VISA  
NR. |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| | Scadenza |\_\_|\_\_| 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 e consulenza 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 avvalorarmi, 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 per consulenza ed 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 professionista)

## MODULO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DEGLI ESBORSI CONSEGUENTI A RESPONSABILITÀ CIVILE DEI RAGIONIERI COMMERCIALISTI, DEI DOTTORI COMMERCIALISTI, DEI CONSULENTI DEL LAVORO e DEGLI AVVOCATI

<b>CONTRAENTE (ASSICURANDO)</b>	Nome e Cognome: _____	
	Codice Fiscale: _____	
	Denominazione: _____ (in caso di Studio Associato)	
	Codice Fiscale: _____	
<b>DOMICILIO DELLO STUDIO</b>	Cap. _____ Città _____ email: _____	
	Via _____ Tel.: _____ Fax: _____	
<b>PROFESSIONISTI CHE FORMANO LO STUDIO</b> (da riferire nel seguito del modulo con il loro rispettivo numero)	<b>Titolo, nome e cognome ed anno di abilitazione professionale</b>	<b>Codice Fiscale</b>
	N.1 _____	
	N.2 _____	
	N.3 _____	
	N.4 _____	
	N.5 _____	
	N.6 _____	
	N.7 _____	
	N.8 _____	
<b>DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE</b>	Dalle ore 00.01 del _____ alle ore 00.01 del 1 Luglio 2010	
	Data di retroattività richiesta: _____	
<b>LIMITE DI INDENNIZZO RICHIESTO</b> (Crocesegnare) Massimale per sinistro e per periodo di assicurazione	<input type="checkbox"/> € 250.000,00 <input type="checkbox"/> € 500.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	
	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.500.000,00	
	<input type="checkbox"/> € 4.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 4.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 <input type="checkbox"/> € _____	
<b>FRANCHIGIA O SCOPERTO PRESCELTI</b> (Crocesegnare)	Franchigia Fissa senza scoperto	
	<input type="checkbox"/> € 1.500,00 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 10.000,00	
	<input type="checkbox"/> € 25.000,00 <input type="checkbox"/> € 50.000,00 <input type="checkbox"/> € 150.000,00	
	Franchigia Relativa senza scoperto: <i>(sotto tale importo non viene pagato alcun costo o indennizzo, oltre il risarcimento avviene senza decurtazione di alcuna franchigia o scoperto)</i>	<input type="checkbox"/> € 2.500,00
	Scoperto del 10% del danno con il minimo di	
	<input type="checkbox"/> € 1.000,00 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 12.500,00	
<b>SOCIETÀ EDP</b>  Si intende estendere l'assicurazione alla Società di Servizi EDP a fianco precisata?	(SI/ NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare:	
	Denominazione: _____	
	Sede Legale: _____	
	Il contraente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione ed ad integrazione della sua attività professionale:	<i>In caso contrario fornire dettagli:</i>

<b>ESTENSIONI SOGGETTE A PREMIO ADDIZIONALE (Art. 1.3.2)</b> (indicare SI – NO ed il numero di riferimento del Professionista o dei Professionisti per cui l'estensione e' richiesta) <b>Nel caso di richiesta di estensione all'attività di Sindaco di Società quotate si prega di fornire elenco di tali società su foglio di carta intestata da allegare al presente modulo.</b>	____ (SI/NO) <b>Funzioni di Sindaco o Revisore in Società non quotate</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	____ (SI/NO) <b>Funzioni di Sindaco per Società quotate*</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	____ (SI/NO) <b>Funzione di Revisore in Comuni e Province o altri Enti pubblici</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	____ (SI/NO) <b>Valutazione di partecipazioni sociali non quotate</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	____ (SI/NO) <b>Spese di difesa penale</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	____ (SI/NO) <b>CAF e/o collaborazione con CAF</b> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____

**Le risposte alle domande che seguono devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo:**

<b>ALTRE ASSICURAZIONI</b>	Esiste altra polizza: <ul style="list-style-type: none"> <li>per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando o di taluno dei suoi Associati? (SI/NO) _____</li> <li>per l'assicurazione della responsabilità civile verso terzi o verso dipendenti? (SI/NO) _____</li> </ul> In caso di risposta affermativa allegare fotocopia della(e) polizza(e)
<b>PRECEDENTI ASSICURATORI</b>	E' esistita altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando o di taluni dei suoi Associati? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare: Assicuratori: _____ num. polizza: _____ data inizio : ____ / ____ / ____ data termine: ____ / ____ / ____ Motivo: <u>disdetta</u> <input type="checkbox"/> da Assicuratori <input type="checkbox"/> da assicurato <input type="checkbox"/> altro: _____ non rinnovata
<b>SINISTRI PRECEDENTI</b>	L'assicurando o taluno degli altri Professionisti che formano lo Studio ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa fornire dettagli.

**Il sottoscritto dichiara per conto proprio e degli altri Professionisti che formano lo Studio:**

a) di <b>non</b> essere a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;	In caso contrario fornire dettagli:
b) di <b>non</b> essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;	In caso contrario fornire dettagli:
c) di <b>non</b> aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, amministrazione controllata, amministrazione straordinaria o simili procedure;	In caso contrario fornire dettagli:
d) la firma su questo modulo proposta non vincola il sottoscritto e le persone assicurabili a stipulare il contratto di assicurazione. Tuttavia il sottoscritto dichiara e conviene, in nome proprio e degli altri Professionisti che formano lo Studio agli effetti degli articoli 1891, 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, che le dichiarazioni e informazioni fornite in questo modulo e negli allegati allo stesso sono veritiere e formeranno parte integrante del contratto di assicurazione a tutti gli effetti qualora si decida di stipularlo.	
e) In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, l'Assicurando dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione del presente modulo: <ul style="list-style-type: none"> <li>copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o del contratto;</li> <li>la nota informativa di cui all'Art.123 del D.Lgs 17.03.95 n.175 ed alla Circ. Isvap n.303 del 2.6.97 mediante apposito documento (LL 04/01 NOS), nonché la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.</li> </ul>	
f) Agli effetti della Legge sulla "Privacy" Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196, si autorizzano gli Assicuratori e l'Intermediario a far uso di queste informazioni unicamente per la stipulazione/gestione dell'Assicurazione proposta in questo modulo.	

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(L'Assicurando)

Premio: € \_\_\_\_\_  
(Soggetto ad accettazione da parte degli assicuratori)

\*\*\*\*\* **NON OMETTERE DI DATARE E FIRMARE** \*\*\*\*\*

Mod. 1604aP/2008

## **AVVISO AL PROPONENTE/ASSICURATO**

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

### **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**

Il contratto è concluso con alcuni assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") la cui rappresentanza generale per l'Italia è situata in C.so Garibaldi, 86 20121 Milano.

### **INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO**

#### **- LEGGE APPLICABILE**

Ai sensi dell'art. 122 del decreto legislativo n. 175/95, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori dei Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

#### **- RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami, con sede in 20121 Milano – C.so Garibaldi, 86 Tel. 026378881, Telefax 0263788850, E-mail servizioclienti@lloyds.it).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via Del Quirinale, 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dai Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### **- TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Trattandosi nel caso di specie di assicurazione degli esborsi conseguenti alla responsabilità civile prestata con la formula "claims made", nel quale il fatto su cui si fonda il diritto dell'assicurato è in ogni caso determinato dalla richiesta di risarcimento avanzata dal terzo, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE  
ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.**