**MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA RC PROFESSIONALE AVVOCATO LIBERTY SPECIALTY MARKETS N LSMCM**

1) DATI DEL PROPONENTE:

1. **Forma giuridica**

Professionista / Ditta individuale Studio Associato Società di professionisti

Cognome, Nome Assicurato

Denominazione dello Studio Associato/ Società (eventuale)

Indirizzo Città PV \_ C.A.P.

Tel. e-mail pec \_ Anno iscrizione Albo / Anno inizio attività /

P.IVA/ Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In caso di Professionista/Ditta individuale risulta necessaria l’indicazione del Codice Fiscale

1. **SE SOCIETA’ O STUDIO ASSOCIATO INDICARE SE IL NUMERO DEI DIPENDENTI E’ Inferiore o uguale a 9 Superiore a 9**

2) PROFESSIONISTI CHE FORMANO LO STUDIO

Se si tratta di Studio Associato/Società, 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | | **C.F / P.IVA** | **Anno** | |
| **Inizio attività** | **Iscr. albo** |
| **1** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **2** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **3** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **4** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **5** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **6** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **7** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **8** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **9** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |
| **10** |  | **| | | | | | | | | | | | | | | | |** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nel caso in cui l’Assicurato sia Studio Associato / Società, si desidera l’estensione all’attività esercitata dai singoli professionisti al di fuori dello Studio Associato / Società:\* |  | SI |  | NO |
| **\*SE SI RICORDARSI DI SOMMARE GLI INTROITI DEI SINGOLI A QUELLI DELLO STUDIO / SOCIETA’** | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3)** | **GARANZIE AGGIUNTIVE** | | **(se studio associato indicare il numero dell’Associato, vedi punto 2, per il quale è richiesta la garanzia)** | | |
| **A** | | **Amministratore, sindaco, ODV (si evidenzia l’opportunità di acquistare l’estensione di copertura anche in caso di cariche cessate – ferme le esclusioni richiamate all’art 25 -3°paragrafo di polizza)** | |  | |
| **B** | | **Reintegro del massimale** | | **SI** | **NO** |

**4) DECORRENZA E SCADENZA POLIZZA**: dalle h. 24.00 del / \_/ . alle h. 24.00 del / / \_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5) MASSIMALE DI ASSICURAZIONE RICHIESTO crocesegnare l’opzione prescelta** | | | | | | | | | | |
| **Professionisti Individuali** | **Massimale per anno e per sinistro** | | | | | | | | | |
|  | **€ 350.000** | **€ 500.000** | | **€ 1.000.000** | | **€ 2.000.000** | **€3.000.000** | | **€ 5.000.000** | |
| **Introiti anno precedente** |  | | | | | | | | | |
| **Fino a € 30.000** | **⃝** | **⃝** | | **⃝** | |  |  | | |  |
| **Da 30.000 a 70.000** |  | **⃝** | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | |  |
| **Da 70.000 a 150.000** |  |  | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | |  |
| **Da 150.000 a 300.000** |  |  | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | | **⃝** |
| **Da 300.000 a 700.000** |  |  | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | | **⃝** |
| **Da 700.000 a 1.000.000** |  |  | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | | **⃝** |
| **Da 1.000.000 a 1.500.000** |  |  | | **⃝** | | **⃝** | **⃝** | | | **⃝** |
|  | | | | | | | | | | |
| **Studi Associati** | | | **Massimale per anno e per sinistro** | | | | | | | |
|  | | | **€ 1.000.000 / € 2.000.000** | | **€ 2.000.000 / € 4.000.000** | | | **€ 5.000.000 / € 10.000.000** | | |
| **Introiti anno precedente** | | |  | | | | | | | |
| **fino a € 500.000 e fino a 10 professionisti** | | | **⃝** | | **⃝** | | |  | | |
| **da € 500.000 a 2.000.000 e fino a 10 professionisti** | | | **⃝** | | **⃝** | | |  | | |
| **Fino a € 2.000.000 e > a 10 professionisti** | | |  | |  | | | **⃝** | | |
| **Superiore a € 2.000.000 e > a 10 professionisti** | | |  | |  | | | **A richiesta** | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **DICHIARAZIONI** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **L’Assicurato dichiara:**   1. **Di essere iscritto all’albo professionale degli avvocati ;** 2. **Di non aver ricevuto richieste di risarcimento in ordine a sinistri accaduti negli ultimi 5 anni prima della stipulazione del contratto ;** 3. **Di non essere a conoscenza di fatti, situazioni e/o circostanze, accaduti negli ultimi 5 anni, che possano dare luogo a richieste di risarcimento.**   **In caso di risposta affermativa al punto 2 e/o 3 si prega di compilare dettagliatamente la scheda sinistro/circostanza allegata.**  **La Compagnia si riserva la facoltà di concordare condizioni diverse dalla convenzione in funzione delle risposte fornite, con particolare riguardo ai punti 2 e 3 di cui sopra**  **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**  **Data Firma**  **/ /** \_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Ai sensi e agli effetti dell’artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli :**   1. **le disposizione dei sotto richiamati articoli delle Condizioni Generali: art. 3) – casi di cessazione dell'assicurazione; art. 5) – coesistenza di altre assicurazioni; art. 9) – estensione territoriale – art. 10) norme di legge;** 2. **le disposizioni dei sotto richiamati articoli delle Condizioni Particolari della Responsabilità Civile Professionale: art. 22) – esclusioni; art. 14) – denuncia dei sinistri; art. 23) – vincolo di solidarietà; art. 4) Dichiarazioni relative agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile ;**   **Data Firma**  **/ /** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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 UNITAMENTE AL FASCICOLO INFORMATIVO**  **Data Firma**  **/ /** | | | | | | | | | | |

# MODULO DA INVIARE A:

**SELLA BROKER S.p.a. – Via XX Settembre, 13 – 13900 Biella - e-mail:** [**info@sellabroker.it**](mailto:info@mansutti.it)

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

6) SCHEDA SINISTRO

|  |
| --- |
| a) Data del sinistro |
| b) Nominativo del reclamante o presunto danneggiato |
| c) Descrizione dettagliata del sinistro |
| d) Ammontare del danno richiesto |
| e) Conclusione del sinistro o stato attuale |

7) SCHEDA CIRCOSTANZA

|  |
| --- |
| a) Data del sinistro |
| b) Descrizione dettagliata del sinistro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data**  **/ /** | **Firma** |