

MODULO PROPOSTA AVVOCATI

Nome del Contraente/Assicurato:

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia):

Codice fiscale/P. IVA:

Recapito Telefonico :

Anno di Iscrizione all'Albo

Anno Inizio Attività:

In caso di **Studio Associato** indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

INTROITI DERIVANTI DA: (compilare solo la parte di Vostro interesse)	ANNO PRECEDENTE 2011	ANNO CORRENTE (previsione)
ATTIVITA' ORDINARIA	€.	€.
<input type="checkbox"/> (*) Sindaco	€.	€.
<input type="checkbox"/> (*) Revisore dei conti (allegare nominativi e settori merceologici delle società e indicare quali sono le quotate in Borsa e il compenso percepito) Di cui fatturato per società quotate in Borsa		
<input type="checkbox"/> (*) Amministratore (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€.	€.
<input type="checkbox"/> (*) Altro: mansioni specifiche _____	€.	€.
TOTALE	€.	€.

<p>1. Massimale RC Professionale richiesto: <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"/> altro € _____</p> <p>2. Estensione della copertura alla Responsabilità Civile derivante dalla proprietà e/o conduzione dello studio professionale e nei confronti dei dipendenti (Rivalsa Inail) per un massimale di €. 500.000,00 (PREMIO AGGIUNTIVO €. 70,00)</p> <p style="text-align: center;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell' Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si No

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si No

Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato. i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte, datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare ulteriori aspetti e /o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori ai fini di una migliore analisi del rischio.

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente modulo proposta.

La firma del presente modulo proposta non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

IMPORTANTE

UIA SRL/Terbroker Srl si riservano il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenessero necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA SRL/Terbroker Srl si impegnano a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente questionario verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso entrambe saranno allegati alla polizza divenendo parte integrante di essa. "Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL/Terbroker Srl con l'ausilio anche di Società ad esse collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Se nel questionario non sono stati indicati sinistri e gli introiti sono riferiti alla sola ATTIVITA' ORDINARIA:

1. Prendere visione delle condizioni e della nota informativa dal sito dell'Ordine degli Avvocati della Provincia di Teramo;
2. Inviare il presente questionario compilato, datato e firmato al fax 0861.211786 con allegata copia della contabile bancaria del pagamento riferito al massimale scelto, eventualmente maggiorato di €. 70,00 per l'estensione alla Responsabilità Civile della proprietà e/o conduzione dello studio;
3. La decorrenza delle garanzie è fissata all'ultimo giorno del mese di riferimento.

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO

Conto corrente n. 0900020786 intestato a "Terbroker Srl Art. 117 Codice Assicurazioni Private"
presso Banca Tercas SpA – Sede di Teramo
CODICE IBAN: IT29 J060 6015 300C C0900020 786

() in presenza di introiti relativi ad altre attività oltre a quella ordinaria, **INVIARE COMUNQUE IL QUESTIONARIO**, la quotazione verrà effettuata direttamente dal nostro studio e comunicata tempestivamente.*