

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) - ITALIA - Corso Libert , 53
Telefono +39 059 7479111 - Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato
del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) - Capitale Sociale  20.046.000 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 - Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Societ  soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA - C. Fiscale e P. IVA 02983670361 - Capitale Sociale  125.000.000 i.v.

Commercialista

MODULO DI PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto gi  verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia gi  avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilit  professionale, dichiarando altres  che i dati forniti rispondono a verit  e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

ASSICURANDO / STUDIO

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
INDIRIZZO	ISCRITTO ALL'ALBO DI
STUDIO ASSOCIATO	DAL PARTITA IVA

AMMONTARE DEI COMPENSI

DERIVANTI DALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE - Ultimo esercizio (al netto di IVA e C.P. esclusi gli emolumenti relativi alle attivit� di Sindaco e di Revisore)	Euro
DERIVANTI DALL'ATTIVITA' DI ELABORAZIONE DATI - Fatturato dell'ultimo esercizio	Euro
Denominazione della Societ� di ELABORAZIONE DATI	
Sede	Partita IVA

MASSIMALI RICHIESTI (Crocettare la scelta)

250.000	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000
---------	---------	-----------	-----------	-----------

ESTENSIONE E LIMITAZIONE DI GARANZIA	VARIAZIONI DEL PREMIO	Crocettare la scelta
Limitazione FORMULA YOUNG - concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non pi� di 3 anni alla data di sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intender� pi� rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	PREMIO ANNUO LORDO DI POLIZZA EURO 350 MASSIMALE PRESTATO EURO 1.000.000	
Estensione GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA	AUMENTO DEL 25% DEL PREMIO DI TARIFFA	
Estensione CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA - VISTO PESANTE	AUMENTO DEL 20% DEL PREMIO DI TARIFFA	
Estensione VISTO DI CONFORMITA' - ASSEVERAZIONE	AUMENTO DEL 25% DEL PREMIO DI TARIFFA	
Estensione FUNZIONI DI SINDACO - REVISORE	SOGGETTA A QUOTAZIONE SEPARATA E A COMPILAZIONE DI PAGINA 2 DEL PRESENTE MODULO	
Applicazione FRANCHIGIA FISSA ED ASSOLUTA di Euro 2.500 per sinistro	RIDUZIONE DEL 10% DEL PREMIO DI TARIFFA	
Clausola di INDICIZZAZIONE		

SINISTRI - ALTRE POLIZZE

Sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilit� professionale? (SI/NO) SE SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE	
Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale? Se SI, quando e da quale Compagnia?	
Ha polizze in corso per il medesimo rischio? Se SI, indichi il massimale	
	Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza
Sono state disdettate?	

Data firma dell'Assicurando

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validit  30 giorni dalla data sopra indicata.



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €20.046.000 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale €125.000.000 i.v.

ESTENSIONE ALLE FUNZIONI DI SINDACO – REVISORE

L'Assicurando conferma di essere iscritto al Registro dei Revisori Contabili e dichiara di svolgere funzioni di Sindaco, Revisore Contabile e Revisore d Enti Locali **dal** Data

Per emolumenti complessivi pari ad

Euro

ELENCO DELLE SOCIETA'

NON SONO ASSICURABILI INCARICHI DI SOCIETA' QUOTATE IN BORSA SALVO AUTORIZZAZIONE SCRITTA DEGLI UFFICI TECNICI DI DIREZIONE

TIPO DI INCARICO	NOME SOCIETA' E RAGIONE SOCIALE	PARTE DI GRUPPO		SETTORE DI ATTIVITA'
		NO	SI (SPECIFICARE)	

L'Assicurando comunica inoltre che:	SI	NO
Ha ricoperto in passato l'incarico di Sindaco, Revisore Contabile e Revisore Enti Locali in Società o altri Enti che siano stati sottoposti, anche successivamente alla cessazione della carica, ad una o più delle procedure previste dalla "disciplina del fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione straordinaria e della liquidazione coatta amministrativa" o da "provvedimenti urgenti per l'amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi"?		
Ha ricevuto richieste di danni?		
Alla data di compilazione del presente modulo ha percezione, notizia o è a conoscenza di qualsiasi elemento, che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno imputabile a Lei o ai collaboratori di cui si avvale, per fatto già verificatosi conseguente allo svolgimento della funzione di Sindaco?		
Se SI DETTAGLIARE ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE		

Data

firma dell'Assicurando

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validità 30 giorni dalla data sopra indicata.



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale €20.046.000 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale €125.000.000 i.v.

AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEgni BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO E' ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500 E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.° 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO DICHIARA CHE PRIMA DELLA CONSEGNA DELLA PRESENTE PROPOSTA, HA RICEVUTO COPIA DEI SINGOLI DOCUMENTI:

- NOTA INFORMATIVA/GLOSSARIO
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA – FAC SIMILE
- INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N.° 196/03

CONTENUTI NEL "FASCICOLO INFORMATIVO", CONFORMEMENTE A QUANTO STABILITO DAL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010

L'ASSICURANDO _____

DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE

