

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 NEW ENTRY

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

Da inviare via mail o via fax agli uffici competenti, 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
(max Euro 100.000 al netto di IVA e C.P.)

Euro

MASSIMALE PRESTATO IN EURO

1.000.000

PREMIO ANNUO LORDO IN EURO

250

| | | |
|----------------------------------|---------|----------|
| Scelta della DURATA CONTRATTUALE | Annuale | Biennale |
|----------------------------------|---------|----------|

ESTENSIONI E LIMITAZIONI DI GARANZIA INCLUSE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

- GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA
- FUNZIONI DI GIUDICE TRIBUTARIO
- MEDIATORE - NELLA PROCEDURA DI MEDIAZIONE OBBLIGATORIA
- RITARDO ACCIDENTALE NEL PAGAMENTO DI IMPOSTE, TASSE E CONTRIBUTI PER CONTO DEL CLIENTE
- CONDUZIONE DEI LOCALI ADIBITI A STUDIO PROFESSIONALE
- ATTIVITA' DI AMMINISTRATORE DI CONDOMINIO NEGLI EDIFICI
- ATTIVITA' DI LIBERO DOCENTE - TITOLARE DI CATTEDRA UNIVERSITARIA

VARIAZIONI DEL PREMIO

NESSUNA VARIAZIONE DEL PREMIO DI
POLIZZA

SINISTRI

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 o disdettate polizze di R.C. Professionale? (SI/NO)

Se SI, quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio? (SI/NO)

Se SI, indichi il massimale

il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Le condizioni tariffarie che verranno comunicate dalla Compagnia, a titolo di preventivo, avranno una validit  massima di 60 giorni a partire dalla data indicata nello spazio riservato alla Direzione di cui alla pagina seguente

Data firma dell'Assicurando



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

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.

INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO BIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL 3% RISPETTO ALLA TARIFFA PREVISTA PER I CONTRATTI DI DURATA ANNUALE.

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO ALLA SCADENZA DEL PRIMO ANNO DI DURATA CONTRATTUALE.

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 _____

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

