

MODULO PER LA RACCOLTA DATI AI FINI DEL RILASCIO DI UNA PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE AVVOCATI
(condizioni conformi al disposto del D.M. 22.9.2016 pubblicato sulla G.U. n.238 dell'11.10.2016)
CONVENZIONE TRA A.N.F. SEDE DI ROMA E GBSAPRI SPA

Libero Professionista
 Data e n° iscrizione Albo _____

CONTRAENTE/ASSICURATO *			
INDIRIZZO *	LOCALITÀ / COMUNE *	PROVINCIA*	C.A.P. *
CODICE FISCALE*	P.IVA*		
RECAPITI TELEFONICI: FISSO*: _____ MOBILE*: _____		FAX _____	
E-MAIL *	PEC		

I dati contrassegnati con l'asterisco * sono obbligatori

FATTURATO ANNO PRECEDENTE € _____ di cui:

A	FUNZIONI E/O INCARICHI DI CARATTERE PUBBLICO O DI NATURA GIUDIZIALE	€
B	FUNZIONI E/O INCARICHI DI SINDACO, REVISORE LEGALE DEI CONTI, MEMBRO DELL'ORGANO DI CONTROLLO E SORVEGLIANZA	€

Per fatturato si intende il totale dei compensi o ricavi (al netto di IVA) desumibile dalla dichiarazione dei redditi o dalla dichiarazione IVA effettuate presso l'Agenzia delle Entrate.

Massimale richiesto:

- € 350.000,00 € 500.000,00 € 750.000,00 € 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € 3.000.000,00

DICHIARAZIONI

Con riferimento agli art. 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile, il Proponente/Assicurato dichiara:

1	<input type="checkbox"/> DI AVERE	<input type="checkbox"/> DI NON AVERE	in corso altre assicurazioni, stipulate direttamente, relative ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza; (in caso affermativo, indicare nello spazio sottostante: compagnia/massimale/periodo assicurato/tipologia retroattività - 5; 10; illimitata – data retroattività/motivo cessazione;
2	<input type="checkbox"/> CHE SI SONO VERIFICATE	<input type="checkbox"/> CHE NON SI SONO VERIFICATE	perdite o sono state avanzate richieste di risarcimento nei suoi confronti, nell'ultimo biennio; (in caso affermativo, indicare gli estremi nello spazio sottostante)
3	<input type="checkbox"/> DI ESSERE A CONOSCENZA	<input type="checkbox"/> DI NON ESSERE A CONOSCENZA	di qualche fatto o circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento nei suoi confronti; (in caso affermativo, indicare gli estremi nello spazio sottostante)
4	<input type="checkbox"/> CHE GLI SONO STATE	<input type="checkbox"/> CHE NON GLI SONO STATE	annulate polizze a garanzia dello stesso rischio, nell'ultimo biennio. (in caso affermativo, indicare gli estremi nello spazio sottostante)

1. Il Proponente/Assicurato DICHIARA di essere iscritto al competente Albo Professionale;
2. Il proponente/Assicurato RICONOSCE che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e DICHIARA di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
3. Il Proponente/Assicurato PRENDE ATTO che la compilazione del presente **Modulo per la raccolta dati** NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante. Se tra la data di compilazione del presente Modulo e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Proponente si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Società, per l'eventuale revisione della stessa.
4. Il Contraente DICHIARA di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo, in conformità a quanto previsto dall'art. 32 del Reg. IVASS n. 35 del 26/05/2010, costituito da:
 - a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;
 - b) Condizioni di Assicurazione;
 - c) Modulo di Proposta;
 - d) Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, dopo aver esaminato la quale, in relazione ai propri dati personali comuni e sensibili esprime il consenso:
 - Al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (6) ed al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al par. 4 (Trasferimento all'estero) dell'informativa, in relazione alle finalità come individuate nell'informativa stessa;
 - al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (6) ed al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al par. 2 (Tipologia di informazioni raccolte dalla nostra Società e utilizzo possibile delle stesse), lettere c) e g) dell'informativa stessa.
5. Il Contraente DICHIARA altresì di aver ricevuto copia della documentazione conforme ai modelli di cui agli allegati nn. 7A e 7B, in conformità a quanto previsto dall'art. 49, comma 3, del Reg. IVASS n. 5 del 16/10/2006.
6. La verifica dell'adeguatezza del presente contratto è stata effettuata sulla base delle informazioni rese dal Contraente. Il rifiuto del Contraente di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze.

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Firma del Proponente/Assicurato

Data

Cognome e Nome Leggibile

Conferimento Incarico

La compilazione del presente Modulo s'intende valida come conferimento d'incarico, anche esplorativo, alla Spett.le al fine di studiare, realizzare e gestire la copertura assicurativa Professionale

Firma del Proponente/Assicurato

Data