

Questionario di raccolta dati Convenzione Assicurazione per la Responsabilità Civile

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1. **Nel caso in cui l'Assicurato sia lo Studio Associato o la Società di Professionisti, si desidera assicurare anche l'attività esercitata dai singoli Professionisti fuori dallo Studio, con propria Partita IVA?** *Se Sì, indicare i Compensi per tale attività svolta individualmente*

NO SÌ

Attenzione! Se SÌ, compilare il punto 15)

2. **Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O - Compensi** *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

Indicare la fascia di Compensi (al netto di IVA e contributi Cassa Previdenza) fatturati nell'ultimo esercizio finanziario per l'attività professionale, comprensivi degli eventuali introiti individuali di cui alla precedente domanda. In caso di nuova attività, indicare la stima dei Compensi per l'anno corrente.

fino a € 30.000	da € 30.001 a € 50.000	da € 50.001 fino a € 70.000	da € 70.001 fino a € 150.000	da € 150.001 fino a € 300.000	da € 300.001 fino a € 500.000	da € 500.001 fino a € 1.000.000	da € 1.000.001 fino a € 2.000.000	da € 2.000.001 fino a € 5.000.000	oltre € 5.000.000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O - Massimale** *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

Avvocato (Persona Fisica) come Contraente e Assicurato						
€ 350.000	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000	€ 4.000.000	€ 5.000.000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Studio Associato o Società di Professionisti (Persona Giuridica) come Contraente e Assicurato	
€ 1.000.000 per sinistro e € 2.000.000 per periodo di assicurazione	€ 2.000.000 per sinistro e € 4.000.000 per periodo di assicurazione
Giovane Avvocato (Persona Fisica) come Contraente e Assicurato	€ 350.000
Età inferiore a 35 anni - Iscrizione all'albo professionale degli avvocati da non più di 3anni - Fatturato fino a €15,000,00 - Nessun sinistro e/o circostanza pregressa	<input type="checkbox"/>

Questionario di raccolta dati Convenzione Assicurazione per la Responsabilità Civile

4. Garanzia A.1) – Consigliere d'Amministrazione / Sindaco / Revisore Legale / Membro di O.d.V. / Membro del Comitato per il Controllo sulla Gestione (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? NO SI

Ragione Sociale	Partita IVA della Società	Settore Merceologico	Incarico	Compenso	Data inizio Incarico

Attenzione! Tale Garanzia non può essere acquistata qualora i Compensi per tali attività eccedano il 30% dei Compensi complessivi della propria attività professionale

5. Garanzia A.2) – Funzioni Pubbliche (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? NO SI

6. Garanzia A.3) – Gestore dell'O.C.C. (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? NO SI

7. Garanzia A.4) – Responsabile Protezione Dati (D.P.O.) (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? NO SI

8. Precedenti assicurativi del Contraente – altre assicurazioni cessate per lo stesso rischio – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O

Esistono altre assicurazioni di Responsabilità civile cessate con Società del Gruppo AmTrust e/o con altri assicuratori che hanno coperto l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza?

NO SI **Se SI, indicare il nome della Compagnia e data cessazione della Polizza** /././...

9. Altre assicurazioni attive per lo stesso rischio – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O

Esistono altre polizze assicurative di Responsabilità civile attive con Società del Gruppo AmTrust e/o con altri assicuratori che coprano l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza?

NO SI **Se SI, indicare il nome della Compagnia**

AVVERTENZA: in presenza di altre assicurazioni attive per lo stesso rischio, proseguire comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

10. Dichiarazione relativamente alla sinistrosità pregressa – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento del proprio incarico, ha ricevuto negli ultimi 5 anni Richieste di Risarcimento o sono state instaurate nei suoi confronti azioni legali tese ad accertare la sua Responsabilità civile?

NO SI **Attenzione! Se SI, compilare il punto 16)**

11. Dichiarazione relativamente ai fatti noti e circostanze – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento del proprio incarico, è a conoscenza di "Fatti noti" e/o Circostanze avvenuti negli ultimi 5 anni dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua Responsabilità civile e/o penale?

NO SI **Attenzione! Se SI, compilare il punto 17)**

12. Elenco Avvocati di Studio Associato o Società di Professionisti che operano anche al di fuori dello Studio/Società

Si prende atto tra le parti che ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, qualora il Contraente sia uno Studio Associato o Società di professionisti, la garanzia è valida anche per la responsabilità civile personale dei singoli soci di seguito elencati per l'attività esercitata con propria partita IVA, a condizione che gli introiti derivanti da quest'ultima attività siano stati inclusi nei Compensi dello Studio Associato o Società di professionisti.

Questionario di raccolta dati
 Convenzione Assicurazione per la Responsabilità Civile

Elenco Avvocati Assicurati (solo coloro che operano anche al di fuori dello Studio – vedi domanda 1)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	



AmTrust Assicurazioni
 An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
 Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
 PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
 Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
 Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
 Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Questionario di raccolta dati Convenzione Assicurazione per la Responsabilità Civile

Elenco Avvocati Assicurati (solo coloro che operano anche al di fuori dello Studio – vedi domanda 1)

Partita IVA	
-------------	--

13. Sinistri Progressi – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O (da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 13)

Sinistro RC n° 1	
Indicare la data di accadimento del sinistro RC/./....
Indicare l'importo richiesto/liquidato del sinistro RC.	€.....
Fornire una breve descrizione del sinistro RC:	
.....	
.....	
.....	

Sinistro RC n° 2	
Indicare la data di accadimento del sinistro RC/./....
Indicare l'importo richiesto/liquidato del sinistro RC.	€.....
Fornire una breve descrizione del sinistro RC:	
.....	
.....	
.....	

AVVERTENZA: in presenza di 1, 2, 3 o oltre 3 sinistri, proseguire comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

14. Fatti noti e/o circostanze – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O (da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 14)

Fatto noto e/o circostanza n° 1	
Indicare la data del fatto noto e/o circostanza/./....
Fornire una breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	
.....	
.....	
.....	

Fatto noto e/o circostanza n° 2	
Indicare la data del fatto noto e/o circostanza/./....
Fornire una breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	
.....	
.....	
.....	

AVVERTENZA: in presenza di 3 o oltre 3 fatti noti o circostanze, proseguire comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

15. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza purchè non antecedente alla presente data :/./....

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ____ / ____ / ____ Il Contraente _____



AmTrust Assicurazioni S.p.A.
 Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
 Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
 PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
 Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
 Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
 Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Questionario di raccolta dati Convenzione Assicurazione per la Responsabilità Civile

Trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___ / ___ / _____ Il Contraente _____