

**MODULO DI ADESIONE ALLA ANPROF - Associazione Nazionale Professionisti  
 comprensivo di polizza Responsabilità Civile Professionale**
**AVVOCATI**

 Compilare in stampatello ed inviare al numero di fax **800 947 977** o mezzo email **adesioni@anprof.it**

Cognome		Nome	
Nato a			il
Codice Fiscale		P. IVA	
Indirizzo			Nr. civico
Cap	Città	Provincia	
Telefono		Fax	Cellulare
Email			
Iscritto all'Albo di		Iscrizione nr.	Associazione

**MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO**

Fatturato	250.000	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000
da 0 a € 50.000	<input type="checkbox"/> € 200	<input type="checkbox"/> € 220	<input type="checkbox"/> € 270	N.D.	N.D.
da 50.000 a € 100.000	<input type="checkbox"/> € 220	<input type="checkbox"/> € 270	<input type="checkbox"/> € 320	<input type="checkbox"/> € 420	<input type="checkbox"/> € 470
da 100.000 a € 150.000	<input type="checkbox"/> € 300	<input type="checkbox"/> € 340	<input type="checkbox"/> € 470	<input type="checkbox"/> € 620	<input type="checkbox"/> € 720
da 150.000 a € 300.000	N.D.	<input type="checkbox"/> € 600	<input type="checkbox"/> € 780	<input type="checkbox"/> € 970	<input type="checkbox"/> € 1.120
da 300.000 a € 500.000	N.D.	N.D.	<input type="checkbox"/> € 1.020	<input type="checkbox"/> € 1.320	<input type="checkbox"/> € 1.520
500.000 a € 1.000.000	N.D.	N.D.	<input type="checkbox"/> € 1.520	<input type="checkbox"/> € 1.820	<input type="checkbox"/> € 2.120
<b>Franchigia</b>	<b>€ 500</b>	<b>€ 500</b>	<b>€ 500</b>	<b>€ 500</b>	<b>€ 1.000</b>
<b>Retroattività</b>	<b>5 anni</b>	<b>5 anni</b>	<b>5 anni</b>	<b>5 anni</b>	<b>5 anni</b>

**ESTENSIONI DI GARANZIA**

<b>Funzioni pubbliche</b>	<input type="checkbox"/> € 120	<input type="checkbox"/> € 120	<input type="checkbox"/> € 120	<input type="checkbox"/> € 120	<input type="checkbox"/> € 120
<b>Sindaco e Revisore Legale</b>	<input type="checkbox"/> € 250	<input type="checkbox"/> € 250	<input type="checkbox"/> € 250	<input type="checkbox"/> € 300	<input type="checkbox"/> € 300
<b>Retroattività illimitata</b>	<input type="checkbox"/> + 20% del premio totale				

Importo totale comprensivo di quota associativa quale Socio Ordinario per l'anno solare in corso e premio di copertura assicurativa

 **Intendo sottoscrivere contestualmente Polizza Infortuni AMTRUST Care Avvocati**

	Garanzia	Capitale Assicurato	Franchigia	Premio
<input type="checkbox"/> <b>Opzione 1</b>	Morte da infortunio	€ 100.000		<b>159 euro</b>
	Invalità Permanente da infortunio	€ 100.000	5% relativa al 10%	
	RSM da infortunio	€ 2.000	€ 50,00	
	Diaria da inabilità temporanea da infortunio	€ 50	7 gg	
<input type="checkbox"/> <b>Opzione 2</b>	Morte da infortunio	€ 200.000		<b>213 euro</b>
	Invalità Permanente da infortunio	€ 200.000	5% relativa al 10%	
	RSM da infortunio	€ 2.000	€ 50,00	
	Diaria da inabilità temporanea da infortunio	€ 50	7 gg	

<b>Effetto*</b>	___ / ___ / ___	<b>Scadenza</b>	___ / ___ / ___
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

\*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

**Modalità di pagamento**

 Bonifico Bancario intestato a **GI.R.VA. INTERNATIONAL BROKER Srl** presso **BANCO DI NAPOLI Spa**  
 IBAN: **IT 87 S 01010 40310 10000002381**  
 Causale bonifico: **Adesione ANPROF + Polizza Cognome e Nome**

Luogo e data	___ / ___ / ___	Firma	
--------------	-----------------	-------	--

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del Codice della Privacy e delle autorizzazioni generali del Garante:

- do il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. a)** dell'informativa
- nego il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. a)** dell'informativa

CONTRAENTE

Data      /      /     



- do il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. b)** dell'informativa
- nego il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto **"Finalità del trattamento dei dati" lett. b)** dell'informativa

CONTRAENTE

Data      /      /     



### Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

- L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - dell'origine dei dati personali;
  - delle finalità e modalità del trattamento;
  - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- L'interessato ha diritto di ottenere:
  - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

### Modulo di Adesione per la Responsabilità Civile degli Avvocati

#### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.  
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale degli Avvocati deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

#### Dati dell'Assicurato

COGNOME NOME/RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE E DATA DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

#### 1) Precedenti assicurativi dell'Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di altra Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	COMPAGNIA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
CORRENTE ANNUALITÀ			
PRECEDENTE ASSICURATORE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

Ha mai ricevuto disdetta per sinistro

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

#### 2) Massimale Richiesto/ Retroattività richiesta

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 250.000     € 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000

Retroattività: 5 anni

Indicare con una X se si desidera acquistare retroattività illimitata (+ 20% del premio)

SI     NO

Modulo di Adesione per la Responsabilità Civile  
degli Avvocati**3) Dichiarazioni dell'Assicurato****3.1 Sinistrosità pregressa dell'Assicurato: precedenti richieste di risarcimento**

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento danni negli ultimi 5 anni.

 NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_**3.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio**

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note CIRCOSTANZA/E che potrebbero causare l'insorgenza di una richiesta di risarcimento.

 NO negli ultimi 5 anni       SI negli ultimi 5 anni**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 3.1 e 3.2 si invita il proponente/assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di adesione di cui forma parte integrante.****4) Descrizione Attività**

Indicare se il proponente/assicurato svolge, in percentuale superiore al 20% sul totale dell'attività, i seguenti servizi:

a) servizi a favore di banche	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b) attività connessa a fusioni/acquisizioni	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
c) servizi di diritto internazionale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d) servizi di tutela di marchi/brevetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Esistono controlli incrociati in merito alla verifica delle scadenze?    SI     NO 


---



---



---

**5) Fatturato** (ammontare degli introiti lordi (cumulo dei compensi più qualunque altra spettanza per consulenze o altre prestazioni inerenti alla professione, al lordo di oneri e spese e al netto di IVA e CPA):

Anno	Introiti in €
Stima anno in corso	
2015	
2014	
2013	
2012	

L'Assicurato ha un Cliente da cui dipende oltre il 50% del fatturato generato<sup>1</sup>:    SI     NO <sup>1</sup> Assunzione riservata alla direzione.

Modulo di Adesione per la Responsabilità Civile  
degli Avvocati6) *Se il proponente fa parte di uno Studio associato, da quanti membri è composto lo Studio*

1. Studio individuale
2. Da uno a tre membri
3. Oltre tre membri<sup>2</sup>

7) *Estensioni richieste:*

Indicare se si desidera acquistare:

- A) **Estensione Funzioni pubbliche** (Curatore nelle procedure di fallimento, di Commissario giudiziale e liquidatore, funzioni di Giudice di Pace, componente Commissioni tributarie, esecuzioni immobiliari, Custode giudiziario).

SI  NO

In caso di risposta affermativa, si prega di specificare le funzioni ricoperte dall'Assicurato e la relativa anzianità:

Funzione 1: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 2: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 3: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- B) **Estensione Sindaco, revisore Legale, e membro di ODV** (estensione valida con massimale del 50% e comunque non superiore ad € 2.000.000, con scoperto 10% minimo €2.000 e massimo € 20.000).

SI  NO

In caso di risposta affermativa, si prega di specificare le cariche rivestite, il fatturato che ne deriva e la relativa anzianità:

Funzione 1: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 2: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 3: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

8) *Indicare la decorrenza della Polizza:*

\_\_\_\_\_

9) *Premio*

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- Assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- Bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

<sup>2</sup> Assunzione riservata alla direzione.

## Modulo di Adesione per la Responsabilità Civile degli Avvocati

### 10) Dichiarazioni dell'Assicurato

1. L'Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. L'Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. L'Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività. L'Assicurato dichiara, inoltre, di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato nel presente Modulo di Adesione e riportato nel Certificato di Assicurazione.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;

L'Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. il trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li / / L'Assicurato \_\_\_\_\_

Modulo di Adesione per la Responsabilità Civile  
degli Avvocati

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/circostanze rilevanti ai fini della stipula della polizza.

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'ASSICURATO<sup>1</sup>**A) Dati Identificativi dell'Assicurato:**

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

**B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 3.1 e 3.2 della proposta**

1. Compilare tutti i campi di seguito se si ha ricevuto una richiesta di risarcimento danni negli ultimi 5 anni
  - a) Data di ricevimento della richiesta danni o della contestazione professionale: \_\_\_\_\_
  - b) Periodo in cui si è verificato l'errore professionale oggetto della richiesta: \_\_\_\_\_
  - c) Valore della richiesta danni del terzo danneggiato: Euro \_\_\_\_\_
  - d) Valore del sinistro pagato: Euro \_\_\_\_\_
  - e) Il pagamento del danno è avvenuto a seguito di transazione?  SI  NO
  - f) Il pagamento del danno è avvenuto sulla base di una sentenza civile?  SI  NO
  - g) Breve descrizione dei fatti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. Dettagliare, nello spazio sottostante, se si è a conoscenza di circostanze<sup>3</sup> che potrebbero causare l'insorgenza di una richiesta di risarcimento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> La presente scheda è da compilarsi per ogni sinistro/circostanza di cui ai punti 3.1. e 3.2 della proposta allegata, di cui costituisce parte integrante

## Modulo di Proposta per gli Infortuni

### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma in Loss Occurrence, formula assicurativa per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

### Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

### 1) Massimali Richiesti

Massimali richiesto per la Garanzia Infortuni degli Avvocati

OPZIONE1  OPZIONE 2

### 2) Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

*Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato per Infortuni Avvocati Indicare quali siano le percentuali di Invalidità Permanente dell'Assicurato.*

INFORTUNI	ANNO	BREVE DESCRIZIONE	% DI INVALIDITÀ

**NB: IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA LA SOCIETÀ SI RISERVA LA FACOLTÀ DI CHIEDERE ULTERIORI INFORMAZIONI**



## Modulo di Proposta per gli Infortuni

**3) Indicare la decorrenza della Polizza:** \_\_\_\_\_

**4) Premio**

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

**5) Dichiarazioni del Proponente / Assicurato**

1. 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.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «Loss Occurrence», formula assicurativa per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;
  - c. Modulo di Proposta.

Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Proponente / Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters Dac  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti  
in conto capitale  
**Rappresentanza Generale per l'Italia:** Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047

**QUESTIONARIO ADEGUATEZZA**

Gentile cliente, il presente questionario, la cui compilazione necessita solo di pochi minuti del Suo tempo, è indispensabile e obbligatorio ai sensi e per gli effetti delle nuove disposizioni in materia di adeguatezza contrattuale ex art. 52 del Regolamento IVASS nr. 5 del 16.10.2006, al fine di raccogliere le informazioni utili e necessarie a proporre un contratto adeguato alle Sue esigenze assicurative. La mancanza di tali informazioni potrebbe ostacolare la corretta valutazione dei Suoi bisogni assicurativi. Rimane salvo comunque il Suo diritto a non fornire tali informazioni, nel qual caso, sempre per gli obblighi di legge imposti, Le chiediamo di sottoscrivere comunque la "Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più informazioni richieste" sotto riportata.

<b>Esigenze assicurative</b>	<b>Quali sono le sue esigenze di protezione per le quali richiede la copertura attraverso una polizza assicurativa? (*) (possibile risposta multipla)</b>	<b>Ci sono polizze già in corso?</b>
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> beni o valori di proprietà o non (Fabbricati,...)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> la propria persona e/o familiari e/o altri soggetti	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> il proprio patrimonio per richieste di risarcimento per danni a terzi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> obbligazioni nei confronti di terzi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> oneri derivanti da contenziosi legali	<input type="checkbox"/>
<b>Obblighi</b>	<b>La sua esigenza assicurativa deriva da un obbligo</b>	
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> di legge <input type="checkbox"/> contrattuale	
<b>Durata</b>	<b>Qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei Suoi rischi</b>	
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata	
	<input type="checkbox"/> 1 anno	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
	<input type="checkbox"/> superiore ad 1 anno	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
	<input type="checkbox"/> poliennale	<input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/> senza tacito rinnovo annuale
<b>Professione o Attività</b>	<b>Persona Fisica</b>	<b>Persona Giuridica</b>
<input type="checkbox"/> dichiaro di non rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> attività commerciale
	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> attività industriale
	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> attività agricola
	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> attività di servizi
	<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> associazione di volontari
	<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> associazione di altro genere
		<input type="checkbox"/> altro _____

(\*) Le garanzie assicurative possono prevedere esclusioni, franchigie, scoperti, rivalse limitazioni all'operatività o all'indennizzo/rimborso/risarcimento. È obbligo dell'intermediario rendere in modo completo e corretto ogni informazione utile ed indispensabile alla comprensione della proposta.

**SOTTOSCRIZIONE DELLE DICHIARAZIONI RESE**

Il sottoscritto contraente, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di leggi in materia di dichiarazioni false e mendaci, dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto. riconosce, altresì, che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se sono state compilate di pugno dall'intermediario su mia indicazione, e pertanto ne assume piena responsabilità.

DATA ____/____/____	
---------------------	--

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE UNA O PIÙ INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

DATA ____/____/____	
---------------------	--

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ' ACQUISTO**

Il contraente, ratifica e conferma di aver ricevuto un'informativa completa e corretta sulle caratteristiche, durata, costi, esclusioni, limitazioni all'indennizzo/rimborso, franchigie, scoperti, rivalse e limitazioni all'operatività della proposta assicurativa ricevuta, nonché di ogni altro elemento utile per giungere ad una decisione pienamente consapevole, in relazione alle proprie esigenze (situazione assicurativa, patrimoniale, reddituale e capacità/volontà di spesa), in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

**Motivi dell'inadeguatezza:** .....


Il cliente dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto

**L'INTERMEDIARIO**


DATA ____/____/____	
---------------------	--

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del Codice della Privacy e delle autorizzazioni generali del Garante:

<input type="checkbox"/> do il consenso <input type="checkbox"/> nego do il consenso	DATA ____ / ____ / ____	
--	-------------------------	--

al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto 1 lett. a) dell'informativa

<input type="checkbox"/> do il consenso <input type="checkbox"/> nego do il consenso	DATA ____ / ____ / ____	
--	-------------------------	--

al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi, per le finalità di cui al punto 1 lett. b) dell'informativa

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

**DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003 - ART. 7 - DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI**

- L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - dell'origine dei dati personali;
  - delle finalità e modalità del trattamento;
  - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- L'interessato ha diritto di ottenere:
  - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE  
RELATIVA ALLA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

In ottemperanza all'art.49 comma 3 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006 il sottoscritto contraente dichiara:

- di avere ricevuto l'allegato 7A e 7B;
- di avere ricevuto i testi contrattuali della polizza;
- di avere ricevuto l'informativa sulla privacy;
- di avere preso atto del diritto di richiedere l'elenco delle Compagnie Assicuratrici e delle agenzie con cui GI.R.VA. INTERNATIONAL BROKER S.r.l. ha in essere o meno autorizzazione ai sensi dell'Art. 55 del Regolamento ISVAP n. 5/2006;
- di avere ricevuto ed accettato la proposta assicurativa nonché tutta la documentazione precontrattuale se prevista.

DATA ____ / ____ / ____	
-------------------------	--

**Ulteriore dichiarazione da sottoscrivere IN CASO DI CONTRATTO RCA**

In ottemperanza all'art. 9 comma 4 del Regolamento ISVAP 23/2008, dichiara inoltre:

- di avere ricevuto la tabella contenente le informazioni sui livelli provvigionali percepiti dalla Impresa di assicurazione o Agenzia della Impresa di assicurazione con cui ha rapporti di affari nel ramo RCA, di cui con la precedente firma abbiamo accusato ricevuta;
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza, le informazioni previste dalle norme in vigore sulla tariffa e sulle altre condizioni contrattuali proposte da almeno tre diverse Compagnie assicurative, non appartenenti a medesimi Gruppi Assicurativi.

DATA ____ / ____ / ____	
-------------------------	--