

MODULO PROPOSTA TUTELA LEGALE PROFESSIONISTI

Nome del Contraente/Assicurato: _____

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Data e Luogo di Nascita: _____

Anno di Iscrizione all'Albo e Anno Inizio Attività: _____

Email: _____

ATT.NE! I premi nel questionario sono indicativi, è **NECESSARIO** richiedere quotazione per avere conferma del premio

Si prega di rispondere alle domande e compilare i successivi schemi necessari per la QUOTAZIONE:

ATTIVITA'	Limite per sinistro/anno € 10.000	Limite per sinistro/anno € 20.000	Limite per sinistro/anno € 30.000
ATTIVITA' SVOLTA : _____			
<input type="checkbox"/> <u>COPERTURA BASE:</u> Recupero danni + Difesa Penale delitti dolosi/colposi + Difesa civile in secondo rischio (Il premio copre oltre al professionista fino a 4 dipendenti)	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 100	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 140	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 160
<input type="checkbox"/> <u>COPERTURA COMPLETA:</u> Copertura base + Proc. Natura Tributaria/Fiscale + Difesa Penale responsabilità amministrative + Controversie Fornitori/Clienti/Dipendenti + Controversie Locazione + Controversie Istituti Previdenziali/Sociali + Controversie con Assicurazioni (Il premio copre oltre al professionista fino a 4 dipendenti)	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 150	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 210	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 240

▪ Eventuali INTEGRAZIONI/ESTENSIONI:

ATT.NE! Per ogni integrazione/estensione verrà conteggiato un premio addizionale:

ATTIVITA'	Limite per sinistro/anno € 10.000	Limite per sinistro/anno € 20.000	Limite per sinistro/anno € 30.000
<input type="checkbox"/> <u>Dlgs 81/08 e Dlgs 626/94</u> Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 20	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 28	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 32
<input type="checkbox"/> <u>Dlgs 196/03</u> Privacy	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 50	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 70	<input type="checkbox"/> (a partire da) € 80

- In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

(è compreso nel premio solo un professionista)

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	PARTITA IVA/CODICE FISCALE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

- Indicare le generalità per ciascun dipendente che si intende assicurare:

(sono compresi nel premio 4 dipendenti)

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	CODICE FISCALE	PROFESSIONE ESERCITATA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la Tutela Legale?

Si No

Nome Assicuratore	Limite	Franchigie	Premio Lordo	Retroattività	Scadenza

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la Tutela Legale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si No

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si No

Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte, datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori ai fini di una migliore analisi del rischio.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente modulo proposta.

La firma del presente modulo proposta non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente questionario verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso entrambe saranno allegati alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
