

**MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA**

# **Responsabilità Civile Professionale**

**Avvocati e Praticanti Abilitati**

**(Condizioni come da D.M. 22 Settembre 2016 – G.U. n. 238 dell'11.10.2016)**



## MODULO DI PROPOSTA

### NOTE IMPORTANTI

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre compilare, datare e firmare la presente proposta solo dopo un attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

#### 1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio   
(compilare punto 1.1 pagina successiva)
- Studio Associato/Società che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio   
(compilare punto 1.2 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (inserire i relativi introiti degli assicurati, fatturato studio più singole partite iva che lo compongono, nel fatturato totale nella tabella-allegato 1).   
(compilare punto 1.2 e 1.3 pagina successiva)

**1.1 Nome e Cognome del  
Proponente** \_\_\_\_\_

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo del Proponente:

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Data di inizio dell'attività \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Anno di iscrizione all'albo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Sito Web: www \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**1.2 Denominazione in caso di Studio  
Associato:** \_\_\_\_\_

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello Studio Associato/Società:

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Sito Web: www \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Data costituzione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

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

Nome e Cognome	Qualifica	Anno di Iscrizione all'Albo

## 2. Massimale richiesto:

### 2.1 Attività svolta in **Forma Individuale**

Fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso	MASSIMALE MINIMO DI LEGGE	MASSIMALI SUPERIORI				
non superiore a € 30.000	<input type="checkbox"/> € 350.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000		
non superiore a € 70.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000
Superiore a € 70.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> Altro	_____

### 2.2 Attività svolta in **Forma Collettiva** (Studio Associato o Società) **con un massimo** di 10 Professionisti

Fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso	MASSIMALE MINIMO DI LEGGE	MASSIMALI SUPERIORI				
non superiore a € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000 per sinistro con il limite di € 2.000.000 per anno	<input type="checkbox"/> € 1.500.000 per sinistro con il limite di € 2.000.000 per anno	<input type="checkbox"/> € 2.000.000 per sinistro e per anno	<input type="checkbox"/> € 2.500.000 per sinistro e per anno	<input type="checkbox"/> Altro _____	
superiore a € 500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000 per sinistro con il limite di € 4.000.000 per anno	<input type="checkbox"/> Altro _____				

### 2.3 Attività svolta in **Forma Collettiva** (Studio Associato o Società) **con oltre** 10 Professionisti

MASSIMALE MINIMO DI LEGGE	MASSIMALI SUPERIORI
<input type="checkbox"/> € 5.000.000 per sinistro con il limite di € 10.000.000 per anno	<input type="checkbox"/> Altro _____

**3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?**

Si  No

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

Nome Assicuratore: \_\_\_\_\_

Massimale: € \_\_\_\_\_

Franchigie o Scoperti: € \_\_\_\_\_

Premio Lordo: € \_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Retroattività: \_\_\_\_\_

**4. 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

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

---

---

**5. 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

Se si, fornire dettagli

---

---

**6. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?**

Si  No

se si, fornire dettagli

---

---

**7. L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti?**

Si  No

Se sì, riportare qui sotto l'elenco delle società aggiornato alla data di compilazione del questionario:

NOME SOCIETA'	SETTORE MERCEOLOGICO	QUOTATA IN BORSA	DATA
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**7.1 L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:**

che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si  No

che sono stati dichiarati in stato di fallimento Si  No

che sono stati sottoposti a concordato preventivo Si  No

che sono stati oggetto di amministrazione straordinaria Si  No

che sono stati dichiarati in stato di liquidazione coatta amministrativa Si  No

per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si  No

Se si fornire ulteriori dettagli:

---



---



---

## 7.2. Informazioni aggiuntive sull'attività di Sindaco, Revisore Legale dei Conti e Amministratore

Società o Enti nei quali il Proponente riveste attualmente l'incarico di Sindaco, di Revisore dei Conti e Amministratore

NOME DEL PROFESSIONISTA	SOCIETÀ/ENTE	ATTIVITÀ SVOLTE DALLA SOCIETÀ/ENTE	COMPENSI PERCEPITI IN €	CAPITALE SOCIALE IN €	UTILE (PERDITA) ULTIMO ESERCIZIO IN €	DATA DELLA NOMINA A SINDACO O REVISORE

(se lo spazio è insufficiente allegare elenco aggiuntivo)

Compensi percepiti dal Proponente per l'attività di **Sindaco**

- Nel penultimo esercizio: € \_\_\_\_\_
- Nell'ultimo esercizio € \_\_\_\_\_
- Nell'esercizio in corso (previsione) € \_\_\_\_\_

Compensi percepiti dal Proponente per l'attività di **Revisore dei Conti**

- Nel penultimo esercizio: € \_\_\_\_\_
- Nell'ultimo esercizio € \_\_\_\_\_
- Nell'esercizio in corso (previsione) € \_\_\_\_\_

Compensi percepiti dal Proponente per l'attività di **Amministratore**

- Nel penultimo esercizio: € \_\_\_\_\_
- Nell'ultimo esercizio € \_\_\_\_\_
- Nell'esercizio in corso (previsione) € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

**8. Composizione del fatturato:**

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria (estensioni sempre operanti, es. libera docenza, studi associati, ...)	€	€
<b>All'interno del totale di cui sopra svolgi le seguenti attività?</b>		
– Custode giudiziario ex L. 80/2005 ex L. 3/08/1998 n. 302	<input type="checkbox"/>	
– Perito del Tribunale	<input type="checkbox"/>	
– Procedure esecutive immobiliari	<input type="checkbox"/>	
– Patrocinatore stragiudiziale	<input type="checkbox"/>	
– Arbitro	<input type="checkbox"/>	
<b>Il professionista esercita le seguenti attività?</b> <b>Barrare e indicare il relativo fatturato e compilare l'allegato n.3 per le attività di Sindaco, Revisore Legale dei Conti e Amministratore</b> (In caso di assenza di barratura l'attività si considera <b>come non esercitata</b> dal professionista)		
Funzioni di Sindaco <input type="checkbox"/>	€	€
Revisore Legale dei Conti (ex Revisore dei conti) <input type="checkbox"/>	€	€
Membro dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 <input type="checkbox"/>	€	€
Funzioni di Amministratore (membro del C.d.A.) <input type="checkbox"/>	€	€
Fusioni e Acquisizione <input type="checkbox"/>	€	€
Funzioni svolte davanti alle Commissioni Tributarie <input type="checkbox"/>	€	€
Altro* <input type="checkbox"/>	€	€
<b>TOTALE</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

\* Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_



**FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"**

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

## 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 questionario.

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

**Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

Gli Assicuratori si riservano il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

### NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

GAVA BROKER SRL si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario 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 questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato 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 GAVA BROKER 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.

**Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

### 1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di GAVA Broker Srl:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di GAVA Broker Srl per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

### 2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla GAVA Broker Srl per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

### 3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di GAVA Broker Srl di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri.

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviare informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

### 4. Dati sensibili

GAVA Broker Srl potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

### 5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di GAVA Broker Srl e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano). I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

#### **6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero**

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche. Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

#### **7. Diritti dell'interessato**

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (il Presidente, Giovanni Semeraro) con lettera raccomandata.

#### **8. Titolare del Trattamento**

Titolare del trattamento è GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è il Presidente. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da GAVA Broker Srl è disponibile presso la sede del titolare.

\* \* \* \* \*

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 "titolare" del "trattamento" è GAVA Broker 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.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

## Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto ad integrazione della Proposta/Questionario compilata, datata e firmata dal Proponente

Art. 120 comma 3 del Codice delle Assicurazioni - Art. 52 del Regolamento ISVAP n.5/2006

Gentile Proponente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di Responsabilità Civile se:

- Le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta, sono espresse con chiarezza nel Fascicolo Informativo;
- Il contratto assicurativo proposto risulti idoneo alle Sue esigenze assicurative.

Si prega, pertanto, di rispondere alle domande riportate al CASO 2).

Nel caso non volesse effettuare tali verifiche è necessario indicarlo al CASO 1), consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative:

Cognome e Nome / Ragione sociale: \_\_\_\_\_

Data di compilazione del questionario: \_\_\_\_\_

**CASO 1) DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Il sottoscritto Proponente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni a lui richieste e riportate nel CASO 2), nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative. Dichiara pertanto di voler stipulare il relativo contratto.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**CASO 2) VOGLIO FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA**

### ESIGENZE ASSICURATIVE

a) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Per ottemperare ad obblighi di legge
- Protezione del patrimonio in caso di danni arrecati nell'espletamento dell'attività esercitata

### DURATA DEL CONTRATTO

b) Con riferimento alle sue esigenze assicurative, qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei suoi rischi?

- 1 Anno
- 1 Anno e 6 mesi senza tacito rinnovo
- Temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata

### DISPONIBILITÀ DI SPESA

c) In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la Sua disponibilità di spesa per il contratto richiesto?

- Fino a 250 €
- Da 250 a 500 €
- Da 500 a 1000 €
- Da 1000 a 2000 €
- Da 2000 a 5000 €
- Oltre 5000 €

### RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE

d) Il Proponente chiede la copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati ad altri soggetti, per:

- Esercizio dell'attività
- Proprietà dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Conduzione dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Patrimoniale per attività esercitata in qualità di Dipendente/Dirigente
- Attività di docenza
- Inquinamento
- Prodotti
- Verso i dipendenti (RCO)

e) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

- Sì       No

f) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

- Sì       No

g) Le sono molto chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

- Sì       No

h) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto e contenute nel Fascicolo Informativo?

- Sì       No

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**Pagina relativa all'adeguatezza del contratto richiesto.**

Cognome e Nome / Ragione sociale: \_\_\_\_\_

Data di compilazione del questionario: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA**

Il contratto richiesto risulta adeguato alle esigenze assicurative del Proponente

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'Intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Proponente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'Intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Proponente





**Sede e Direzione Generale:**

**Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2**  
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

**Uffici di Rappresentanza: Roma e Bergamo**

**avvocati@gavabroker.it**  
**www.gavabroker.it**

**Numero Verde 800 250 882**





# Polizza RC Professionale e Polizza Infortuni

Attività svolta in forma individuale

Condizioni come da Decreto del 22 settembre 2016 – G.U. n. 238 del 11-10-2016



## Pacchetto FLASH

### Polizza RC Professionale + Infortuni per la sola attività professionale

#### Attività svolta in forma individuale

(Condizioni come da Decreto 22 settembre 2016 – G.U. n. 238 dell'11-10-2016)

### Premi Polizza RC Professionale + Polizza Infortuni con un solo soggetto assicurato (opzione 1)

Fatturato anno fiscale precedente fino a	MASSIMALI PER SINISTRO E IN AGGREGATO ANNUO*					
	€ 350.000	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000	€ 2.500.000
	<b>PREMIO ANNUO COMPLESSIVO</b>					
€ 30.000	€ 300	€ 320	€ 380	€ 470	€ 550	€ 590
€ 70.000		€ 360	€ 420	€ 530	€ 610	€ 640
€ 150.000			€ 480	€ 570	€ 640	€ 720
€ 175.000			€ 570	€ 640	€ 720	€ 770
€ 225.000			€ 720	€ 780	€ 910	€ 990
€ 350.000			€ 1.020	€ 1.170	€ 1.360	€ 1.420
€ 500.000			€ 1.400	€ 1.590	€ 1.820	€ 2.010

\* I massimali su indicati sono relativi alla polizza RC Professionale, per i capitali della Polizza Infortuni vedere pag. 2

## CONDIZIONI DI POLIZZA RC PROFESSIONALE

### Pacchetto FLASH

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Assenza</b> di Sinistri e Circostanze negli ultimi 5 anni</li> <li>- <b>Retroattività:</b> è da intendersi <b>ILLIMITATA</b> come indicato nel Decreto 22/09/2016 G.U. N. 238/del 11/10/2016</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Garanzia Postuma:</b> adeguata a quanto stabilito dal Decreto 22/09/2016 G.U. N. 238/del 11/10/2016</li> <li>- <b>Franchigia:</b> € 1.000</li> </ul>
---	--

#### GARANZIE SEMPRE OPERANTI (GRATUITAMENTE)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libera Docenza</li> <li>- RCT Conduzione Studio (limite max € 500.000 e franchigia € 500)</li> <li>- RCO Conduzione Studio (limite max € 500.000 e franchigia € 500)</li> <li>- Attività di Praticanti</li> <li>- Liquidatore, Curatore, Commissario</li> <li>- Vincolo di Solidarietà</li> <li>- Mediatore per la Conciliazione delle controversie</li> <li>- Amministratore Condominiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice della Privacy</li> <li>- D.Lgs. 81 del 9-4-2008</li> <li>- Smarrimento documenti incluse somme di denaro, titoli e valori</li> </ul> <p><b>GARANZIE OPERANTI SU RICHIESTA (GRATUITAMENTE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custode giudiziario ex L. 80/2005</li> <li>- Arbitro e/o Perito del Tribunale</li> <li>- Procedure esecutive immobiliari ex L. 3/08/1998 n. 302</li> <li>- Patrocinatore stragiudiziale</li> </ul>
--	---

#### ESTENSIONI DI GARANZIE FACOLTATIVE CON PREMIO AGGIUNTIVO (quotazione volta per volta)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funzioni di Sindaco - Franchigia € 5.000</li> <li>- Revisore Legale dei Conti (ex Revisore dei conti) -Franchigia € 5.000</li> <li>- Membro dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 - Franchigia € 3.500</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funzioni di Amministratore (membro del C.d.A.) - Franchigia € 5.000</li> <li>- Fusioni e Acquisizioni</li> <li>- Funzioni svolte davanti alle Commissioni Tributarie</li> </ul>
--	--

## CONDIZIONI DI POLIZZA INFORTUNI PER LA SOLA ATTIVITA' PROFESSIONALE DEGLI Avvocati, Praticanti, Collaboratori e Dipendenti, Componenti dello Studio Legale

Contraente della polizza sarà la Ditta Individuale  
 o lo Studio Associato o la Società

### Pacchetto Flash

#### Opzione 1

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 3% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 10%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: 180 giorni</li> <li>– Franchigia: 7 giorni</li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 2.000	Franchigia: € 75
Premio annuo <b>aggiuntivo</b> per ogni soggetto assicurato in più (senza limiti nel numero delle persone assicurate)		<b>€ 120</b>

Per le richieste di capitali più alti e/o integrazioni delle garanzie e/o estendere la copertura anche alle attività extraprofessionali (h. 24 – 7/7 giorni), compilare il Questionario/Proposta dedicato agli Avvocati nel quale sono previsti anche i tassi e i premi.

Normativa e caratteristiche	Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tabella INAIL per l'Invalidità Permanente da Infortunio</li> <li>– Limite massimo di età: 75 anni</li> <li>– Limite Catastrofale Volo: € 10.000.000</li> <li>– Validità territoriale: mondo intero</li> <li>– Denuncia sinistro: entro 30 giorni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500</li> <li>– Qualità della vita, sino a € 15.000</li> <li>– Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000</li> <li>– Tabella specifica per le Ustioni</li> </ul>

Se lo Studio Legale deve assicurare più di due Soggetti, a partire dal **terzo Soggetto** è possibile scegliere le condizioni previste dalle **opzioni 1A) e 1B)** che prevedono Franchigie più alte e l'opzione 1B) prevede € 1.500 di Rimborso Spese Mediche.

### Opzione 1A)

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 10% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 20%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: <b>180 giorni</b></li> <li>– Franchigia: <b>15 giorni</b></li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 2.000	Franchigia: € 150,00
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>		<b>€ 90</b>

### Opzione 1B)

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 15% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 30%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: <b>180 giorni</b></li> <li>– Franchigia: <b>20 giorni</b></li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 1.500	Franchigia: € 200
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>		<b>€ 65</b>



**Sede e Direzione Generale:**

**Brindisi** 72100 - Via Danimarca, 2

Tel. +39 0831.585902 • E-mail: [avvocati@gavabroker.it](mailto:avvocati@gavabroker.it)

**Uffici di Rappresentanza: Roma • Bergamo**

**[www.gavabroker.it](http://www.gavabroker.it)**

**PROPOSTA/QUESTIONARIO PER L'ASSICURAZIONE**

## **INFORTUNI**

**PER LA SOLA ATTIVITA' PROFESSIONALE  
DEGLI AVVOCATI E DEI  
PRATICANTI, COLLABORATORI, DIPENDENTI**

**art. 4 del Decreto 22 settembre 2016  
(G.U. n. 238 dell'11 ottobre 2016)**

**Contraente della polizza sarà la Ditta Individuale o  
lo Studio Associato o la Società**





# **Questionario / Proposta per l'Assicurazione degli Infortuni per la sola attività Professionale degli Avvocati, Praticanti, Collaboratori e Dipendenti dello Studio Legale**

**Capitali minimi e garanzie minime assicurate per ogni singolo Componente  
dello Studio Legale**

**art. 4 del Decreto 22 settembre 2016 (G.U. n. 238 dell'11 ottobre 2016)**

---

**sono inclusi gli infortuni derivanti dagli spostamenti resi necessari dallo svolgimento dell'attività professionale**

**VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE  
(SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").**

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività. Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circo stanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a Circo stanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

**E' IMPORTANTE CHE IL PROPONENTE, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA,  
SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE  
RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.**

---



## POLIZZA INFORTUNI PER LA SOLA ATTIVITA' PROFESSIONALE DEGLI Avvocati, Praticanti, Collaboratori e Dipendenti, Componenti dello Studio Legale

Contraente della polizza sarà la Ditta Individuale o lo Studio Associato o  
 la Società tra Professionisti

### Caratteristiche e Prestazioni

**Capitali minimi e garanzie minime assicurate per ogni singolo Componente  
 dello Studio Legale**

**Art. 4 del Decreto 22 settembre 2016 (G.U. n. 238 dell'11 ottobre 2016)**

sono inclusi gli infortuni derivanti dagli spostamenti resi necessari dallo svolgimento dell'attività professionale

GARANZIE	Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	- Franchigia 3% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 10%) - I. P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	€ 50	€ 50	- limite massimo: 180 giorni - franchigia: 7 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	=====	=====	=====	
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	=====	=====	=====	
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	=====	=====	=====	
Caso Invalidità Permanente da Malattia	=====	=====	=====	
Diaria per ricovero da malattia	=====	=====	=====	
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 2.000	€ 2.500	€ 3.000	Franchigia: € 75
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>	<b>€ 120</b>	<b>€ 152</b>	<b>€ 184</b>	

Per le richieste di Capitali più alti e/o integrazioni delle altre garanzie e/o estendere la copertura anche alle attività extraprofessionali (h. 24 – 7/7 giorni), compilare il Questionario/Proposta dedicato agli Avvocati dove sono previsti anche i tassi e i premi.

#### Normativa e caratteristiche:

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tabella INAIL per l'Invalidità Permanente da Infortunio</li> <li>2. Limite massimo di età: 75 anni;</li> <li>3. Limite Catastrofale Volo: € 10.000.000;</li> <li>4. Validità territoriale: mondo intero;</li> <li>5. Denuncia sinistro: entro 30 giorni</li> </ol>	<p style="color: red;"><u>Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500;</li> <li>2- Qualità della vita, sino a € 15.000;</li> <li>3- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000;</li> <li>4- Tabella specifica per le Ustioni.</li> </ol>
--	---

**Se lo Studio Legale deve assicurare più di due Soggetti, a partire dal terzo Soggetto è possibile scegliere per ogni Soggetto anche le condizioni previste dalle Opzioni 1A e 1B sotto riportate.**

### Opzione 1 A)

GARANZIE	CAPITALI ASSICURATI	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte da Infortunio	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	- Franchigia 10% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 20%) - I. P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	- limite massimo: 180 giorni - franchigia: 15 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	=====	
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	=====	
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	=====	
Caso Invalidità Permanente da Malattia	=====	
Diaria per ricovero da malattia	=====	
Rimborso Spese Mediche da Inf. a seguito di ricovero	€ 2.000	Franchigia: € 150
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>	<b>€ 90</b>	

### Opzione 1 B)

GARANZIE	CAPITALI ASSICURATI	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte da Infortunio	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	- Franchigia 15% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 30%) - I. P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	- limite massimo: 180 giorni - franchigia: 20 giorni
Diaria per ricovero da infortunio	=====	
Diaria per ingessatura o apparecchio immobilizzante	=====	
Diaria per convalescenza a seguito di ricovero	=====	
Caso Invalidità Permanente da Malattia	=====	
Diaria per ricovero da malattia	=====	
Rimborso Spese Mediche da Inf. a seguito di ricovero	€ 1.500	Franchigia: € 200
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>	<b>€ 65</b>	

## Questionario Infortuni *Accident Proposal Form*

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito **firmato e datato**.

*Before any question is answered read carefully the declaration on the last page of this Proposal and after answer all questions fully and give additional information when requested. For this Proposal to be valid it must be returned signed and dated.*

**A. Cognome e Nome (o denominazione) del Proponente;**

*Full name of the Policyholder;*

\_\_\_\_\_

**B. Indirizzo / Full address of the Policyholder** \_\_\_\_\_

Città / City \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. / Zip code \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell./ Mob. \_\_\_\_\_

**C. Codice Fiscale e Partita IVA / Fiscal Code and VAT Number:** \_\_\_\_\_

**D. Specificare il periodo di copertura richiesto e il numero delle persone da assicurare**

*Please state insurance period requested and number of person to be insured*

da/from \_\_\_\_\_ a/to \_\_\_\_\_ n. complessivo delle persone da assicurare \_\_\_\_\_

### Opzione capitali da assicurare

<b>Opzione 1 :</b> € 120 <b>(minimo di Legge)</b>	Morte € 100.000 – Invalidità Permanente € 100.000 Inabilità Temporanea € 50 – Rimborso Spese Mediche da Infortuni €2.000
<b>Opzione 1A :</b> € 90 <b>(minimo di Legge)</b>	Come Opzione 1, ma con franchigie <b>più alte</b> (vedere riquadro a pag. 4)
<b>Opzione 1B :</b> € 65 <b>(minimo di Legge)</b>	Come Opzione 1, ma con franchigie <b>molto più alte</b> e riduzione a <b>€ 1.500</b> per Rimborso Spese Mediche da Infortuni (riquadro a pag. 4)
<b>Opzione 2 :</b> € 152	Morte € 150.000 – Invalidità Permanente € 150.000 Inabilità Temporanea € 50 – Rimborso Spese Mediche da Infortuni €2.500
<b>Opzione 3 :</b> € 184	Morte € 200.000 – Invalidità Permanente € 200.000 Inabilità Temporanea € 50 – Rimborso Spese Mediche da Infortuni €3.000

**(barrare per ogni Assicurando l'apposito riquadro dell'opzione che si sceglie;  
per il primo e il secondo Assicurando non è possibile scegliere le opzioni 1A o 1B)**

**E. ELENCO DELLE PERSONE DA ASSICURARE, COMPONENTI DELLO STUDIO LEGALE:**

*COMPONENTS OF THE LAW FIRM TO BE INSURED:*

**1. Cognome e Nome (Opzione scelta 1 2 3)**

*Full name:* \_\_\_\_\_ *carica ricoperta* \_\_\_\_\_  
*position held*

**Data di nascita/ Date of birth** \_\_\_\_\_ **Sesso / Sex**  Uomo / Male  Donna / Female

2. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
3. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
4. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
5. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
6. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
7. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
8. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
9. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
10. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
11. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female
12. **Cognome e Nome (Opzione scelta 1 1A 1B 2 3)** carica ricoperta  
Full name: \_\_\_\_\_ position held \_\_\_\_\_  
Data di nascita/ Date of birth \_\_\_\_\_ Sesso / Sex  Uomo / Male  Donna / Female

**(Nel caso in cui i Soggetti da assicurare sono complessivamente superiori a 12, continuare aggiungendo ulteriori pagine o riportare l'elenco dei persone da assicurare su carta intestata)**

**F. Siete attualmente assicurato per infortuni?**  
*Are you insured against accident?*

**Si/Yes**     **No/No**

**In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.**  
*If yes, please state with whom and for what sum insured.*

---

**G. Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?**  
*Have u ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled?*

**Si/Yes**     **No/No**

**In caso positivo fornire dettagli**  
*If yes, please give details.*

---

## Dichiarazione

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete, or Underwriters to accept, this Insurance.

**Cognome e Nome del Proponente (o del Soggetto autorizzato se il Proponente è uno Studio Associato o Società)**

.....

**Firma, con data, del Proponente** (se richiesta) ..... **data**.....  
Signature and Date of the Policy Holder (if required)

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

# INFORMATIVA

## AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

### 1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di GAVA Broker Srl:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di GAVA Broker Srl per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

### 2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla GAVA Broker Srl per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

### 3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di GAVA Broker Srl di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri.

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviareLe informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

### 4. Dati sensibili

GAVA Broker Srl potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

### 5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di GAVA Broker Srl e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano).

I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

## 6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche.

Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

## 7. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (il Presidente, Giovanni Semeraro) con lettera raccomandata.

## 8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è il Presidente. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da GAVA Broker Srl è disponibile presso la sede del titolare.

\* \* \* \* \*

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 "titolare" del "trattamento" è GAVA Broker 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

## Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente.

Gentile Contraente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione per **Polizza infortuni per i soli rischi Professionali, come previsto dall'art. 4 del Decreto 22 settembre 2016 (G.U. n. 238 dell'11 ottobre 2016)**, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente: \_\_\_\_\_

b) Data di compilazione e firma del questionario: \_\_\_\_\_

c) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

d) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

Sì  No

e) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

Sì  No

f) Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

Sì  No

g) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?

Sì  No

### DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA

#### CASO 1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal Contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto, con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Contraente

#### CASO 2. DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principali motivo/i dell'eventuale inadeguatezza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Contraente

#### CASO 3. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Contraente





**GB** GAVA BROKER  
INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

**Brindisi**, 72100 - Via Danimarca, 2  
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

**Roma**, 00182 - Via La Spezia, 89  
Tel. (+39) 06.62289470

**Bergamo**, 24129 - Via Colle dei Roccoli, 2  
Tel. (+39) 035.19965214

[info@gavabroker.it](mailto:info@gavabroker.it)  
[www.gavabroker.it](http://www.gavabroker.it)

**Numero Verde 800 250 882**



## Polizza RC Professionale e Polizza Infortuni

Attività svolta in **forma collettiva (Studio Associato o Società)**

Condizioni come da Decreto del 22 settembre 2016 – G.U. n. 238 del 11-10-2016



## Pacchetto FLASH

### Polizza RC Professionale + Infortuni per la sola attività professionale

Attività svolta in **forma collettiva (Studio Associato o Società)**

con un massimo di 10 professionisti

e un fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso NON superiore a € 500.000

(Condizioni come da Decreto 22 settembre 2016 – G.U. n. 238 dell'11-10-2016)

### Premi Polizza RC Professionale + Polizza Infortuni **con due soggetti assicurati (opzione 1)**

Fatturato anno fiscale prec. fino a	MASSIMALI PER SINISTRO E IN AGGREGATO ANNUO*			
	Per sinistro € 1.000.000 Per anno € 2.000.000	Per sinistro € 1.500.000 Per anno € 2.000.000	€ 2.000.000	€ 2.500.000
	PREMIO ANNUO COMPLESSIVO			
€ 30.000	€ 530	€ 670	€ 770	€ 800
€ 70.000	€ 580	€ 710	€ 790	€ 840
€ 150.000	€ 650	€ 770	€ 840	€ 920
€ 175.000	€ 760	€ 840	€ 930	€ 990
€ 225.000	€ 920	€ 990	€ 1.140	€ 1.260
€ 350.000	€ 1.000	€ 1.440	€ 1.620	€ 1.740
€ 500.000	€ 1.740	€ 1.880	€ 2.230	€ 2.380

\* I massimali su indicati sono relativi alla polizza RC Professionale, per i capitali della Polizza Infortuni vedere pag. 2

### CONDIZIONI DI POLIZZA RC PROFESSIONALE

#### Pacchetto FLASH

<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Assenza</b> di Sinistri e Circostanze negli ultimi 5 anni</li> <li>– <b>Retroattività:</b> è da intendersi <b>ILLIMITATA</b> come indicato nel Decreto 22/09/2016 G.U. N. 238/del 11/10/2016</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Garanzia Postuma:</b> adeguata a quanto stabilito dal Decreto 22/09/2016 G.U. N. 238/del 11/10/2016</li> <li>– <b>Franchigia: € 1.000</b></li> </ul>
---	--

#### GARANZIE SEMPRE OPERANTI (GRATUITAMENTE)

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Libera Docenza</li> <li>– RCT Conduzione Studio (limite max € 500.000 e franchigia € 500)</li> <li>– RCO Conduzione Studio (limite max € 500.000 e franchigia € 500)</li> <li>– Attività di Praticanti</li> <li>– Liquidatore, Curatore, Commissario</li> <li>– Vincolo di Solidarietà</li> <li>– Mediatore per la Conciliazione delle controversie</li> <li>– Amministratore Condominiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Codice della Privacy</li> <li>– D.Lgs. 81 del 9-4-2008</li> <li>– Smarrimento documenti incluse somme di denaro, titoli e valori</li> </ul> <p><b>GARANZIE OPERANTI SU RICHIESTA (GRATUITAMENTE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Custode giudiziario ex L. 80/2005</li> <li>– Arbitro e/o Perito del Tribunale</li> <li>– Procedure esecutive immobiliari ex L. 3/08/1998 n. 302</li> <li>– Patrocinatore stragiudiziale</li> </ul>
--	---

#### ESTENSIONI DI GARANZIE FACOLTATIVE CON PREMIO AGGIUNTIVO (quotazione volta per volta)

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Funzioni di Sindaco - Franchigia € 5.000</li> <li>– Revisore Legale dei Conti (ex Revisore dei conti) -Franchigia € 5.000</li> <li>– Membro dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 - Franchigia € 3.500</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Funzioni di Amministratore (membro del C.d.A.) - Franchigia € 5.000</li> <li>– Fusioni e Acquisizioni</li> <li>– Funzioni svolte davanti alle Commissioni Tributarie</li> </ul>
--	--

## CONDIZIONI DI POLIZZA INFORTUNI PER LA SOLA ATTIVITA' PROFESSIONALE DEGLI Avvocati, Praticanti, Collaboratori e Dipendenti, Componenti dello Studio Legale

Contraente della polizza sarà la Ditta Individuale  
o lo Studio Associato o la Società

### Pacchetto Flash

#### Opzione 1

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 3% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 10%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: <b>180 giorni</b></li> <li>– Franchigia: <b>7 giorni</b></li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 2.000	Franchigia: € 75
Premio annuo <b>aggiuntivo</b> per ogni soggetto assicurato in più (senza limiti nel numero delle persone assicurate)		<b>€ 120</b>

Normativa e caratteristiche	Estensioni gratuite per l'Invalidità Permanente da Infortunio
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tabella INAIL per l'Invalidità Permanente da Infortunio</li> <li>– Limite massimo di età: 75 anni</li> <li>– Limite Catastrofale Volo: € 10.000.000</li> <li>– Validità territoriale: mondo intero</li> <li>– Denuncia sinistro: entro 30 giorni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione), sino a € 12.500</li> <li>– Qualità della vita, sino a € 15.000</li> <li>– Adattamento abitazione e mezzo di trasporto sino a € 25.000</li> <li>– Tabella specifica per le Ustioni</li> </ul>

Per le richieste di capitali più alti e/o integrazioni delle garanzie e/o estendere la copertura anche alle attività extraprofessionali (h. 24 – 7/7 giorni), compilare il Questionario/Proposta dedicato agli Avvocati nel quale sono previsti anche i tassi e i premi.

Se lo Studio Legale deve assicurare più di due Soggetti, a partire dal terzo Soggetto è possibile scegliere le condizioni previste dalle opzioni 1A) e 1B) che prevedono Franchigie più alte e l'opzione 1B) prevede € 1.500 di Rimborso Spese Mediche.

### Opzione 1A)

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 10% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 20%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: <b>180 giorni</b></li> <li>– Franchigia: <b>15 giorni</b></li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 2.000	Franchigia: € 150,00
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>		<b>€ 90</b>

### Opzione 1B)

GARANZIE	CAPITALE	FRANCHIGIE E LIMITI
Caso morte	€ 100.000	
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Franchigia 15% (non applicabile se I.P. è pari o superiore al 30%)</li> <li>– I.P. da Infortunio accertata di almeno il 50%, liquidazione del 100% del capitale</li> </ul>
Diaria giornaliera per inabilità temporanea	€ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limite massimo: <b>180 giorni</b></li> <li>– Franchigia: <b>20 giorni</b></li> </ul>
Rimb. Spese Mediche da Inf. per ricovero	€ 1.500	Franchigia: € 200
<b>PREMIO ANNUO LORDO (per ogni Assicurato)</b>		<b>€ 65</b>



**Sede e Direzione Generale:**

**Brindisi** 72100 - Via Danimarca, 2

Tel. +39 0831.585902 • E-mail: [avvocati@gavabroker.it](mailto:avvocati@gavabroker.it)

**Uffici di Rappresentanza: Roma • Bergamo**

**[www.gavabroker.it](http://www.gavabroker.it)**