

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali (D.Lgs 193/2003) si precisa che Assita tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati.

Convenzione **Esclusiva**



R.C. Professionale



MODULO RICHIESTA PREVENTIVO

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. **LA FIRMA DEL PRESENTE MODULO NON IMPEGNA LE PARTI ALLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO.** Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. L'Assicurando **dichiara** pertanto che i dati forniti rispondono a verità e **dichiara altresì di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze** che influiscono sulla valutazione del rischio e **conferma che alla data di compilazione del presente modulo NON ha notizia e NON è a conoscenza** di circostanze o situazioni che potrebbero determinare nei suoi confronti, ovvero nei confronti dei collaboratori dei quali si avvale, richieste di risarcimento conseguenti allo svolgimento dell'attività professionale.

COMPILARE e INVIARE ad assunzione@assita.com o FAX 02-48.18.897

1 STUDIO ASSOCIATO - **CONSULENTE del LAVORO** COMPILARE IN STAMPATELLO

Denominazione _____
Anno di costituzione _____ N. Soci* _____ P.IVA _____
Ubicazione studio _____
Cap _____ Città _____ Provincia _____
Tel. _____ Cell. _____ Fax _____
e-mail** _____ PEC _____

***N.B.** Allegare **Elenco Soci**, con indicazione dell'eventuale fatturato individuale

2 GARANZIE AGGIUNTIVE

Visto di Conformità D.M. 164/99 - L 102/2009 fatturato € _____ con estensione **Mod. 730**: SI NO
Codice Fiscale di chi appone il Visto _____
 Certificazione Tributaria (Visto Pesante) Funzioni di **Amministratore - Sindaco - Revisore - O.D.V.**
 Amministrazione stabili
 Società EDP (allegare CCIAA) fatturato annuo di € _____
Denominazione _____ P. IVA _____

3 FATTURATO ANNUO COMPLESSIVO [Al netto di IVA e C.P.]

€ _____ **Esercizio precedente:** € _____ **Previsione Esercizio in corso:**
di cui: di cui:
€ _____ per Fusioni e Acquisizioni Societarie € _____ per Fusioni e Acquisizioni Societarie

4 Scelta MASSIMALI €

1.000.000,00 1.500.000,00 2.000.000,00 2.500.000,00

Dichiarazioni dell'Assicurando

5 POLIZZE in CORSO o ANNULLATE

■ Polizze in **corso** per il medesimo rischio? NO SI Compagnia _____
Massimale _____ Scadenza _____
■ Sono state **annulate/disdettate** polizze R.C. Professionale? NO SI Quando? _____
Da quale Compagnia? _____ Per quali motivi? _____
■ Ha **richiesto** altre quotazioni negli ultimi **90** giorni? NO SI Compagnia _____

6 SINISTRI - CIRCOSTANZE / EVENTI Negli ultimi 5 anni:

● sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale?
● oppure è a conoscenza di **Circostanze o Eventi** che possano dare origine a una richiesta di risarcimento?
 NO SI [scarica e compila] **La Compagnia si riserva l'assunzione del Rischio**

LA MANCATA COMPILAZIONE DI OGNI PARTE DEL PRESENTE MODULO, PRECLUDE L'INVIO DEL PREVENTIVO

** **Autorizzo** l'invio di tutta la documentazione tramite posta elettronica agli indirizzi sopra indicati

Data _____ Firma dell'Assicurando _____