

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE

# TATUATORI



<b>RESPONSABILITA' CIVILE</b>	Massimale per ANNO e per SINISTRO	
Fatturato	€ 250.000,00	€ 500.000,00
Fino a € 250.000,00	€ 290,00	€ 390,00
Oltre € 250.000,00	€ 390,00	€ 490,00

Franchigia frontale € 1.500,00



<b>TUTELA LEGALE</b>		Massimale per ANNO e per SINISTRO	
		€ 12.000,00	25.000,00
Fatturato fino a € 100.000			
Dipendenti	0	€ 111,00	€ 166,00
	1	€ 144,00	€ 216,00
	2	€ 178,00	€ 266,00
	3	€ 211,00	€ 316,00
Fatturato oltre a € 100.000			
Dipendenti	0	€ 166,00	€ 250,00
	1	€ 200,00	€ 300,00
	2	€ 233,00	€ 350,00
	3	€ 266,00	€ 400,00

Comprese: conduzione dello studio professionale



**CECCHIN BROKER & TRAINING INSURANCE**

VIA DON PAVIOLO 2 - 10036 - SETTIMO TORINESE(TORINO)  
Tel. 0118001232 - Fax: 0118010819  
P.Iva: 06150460019 - Iscrizione RUI: B000027265  
info@cecchinbroker.it

MODULO DI PROPOSTA  
**RC PROFESSIONALE TATUATORE**

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
  - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_

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

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data abilitazione (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti \_\_\_\_\_

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

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

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	DATA DI ABILITAZIONE

3. Fascia di fatturato di appartenenza:

€ 0 - 250.000	<input type="checkbox"/>	Specificare € _____
Maggiore di € 250.001	<input type="checkbox"/>	

4. Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

€250,000       €500,000       €1.000,000

5. Retroattività:

Data effetto polizza  Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente il consenso informato?  SI  NO

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente prima di lasciare lo studio la dichiarazione di conformità con quanto richiesto ad inizio seduta?  SI  NO

6. SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio

**Altre assicurazioni e precedenti assicuratori**

Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare:  (a) Nome degli Assicuratori _____ Numero di polizza _____ (b) Massimale assicurato € _____ (c) Franchigia € _____ (d) Data di scadenza _____ (e) Numero di anni di copertura precedente continua _____  Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**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 QUESTIONARIO/MODULO DI 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 QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

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/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

**AVVERTENZA**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

**ALLEGATO N°1- NO CLAIMS DECLARATION**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compiler del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

**Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:**

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

MODULO DI PROPOSTA

Sezione

**TUTELA LEGALE**

<b>Contraente</b>	Cognome	Nome		Codice Fiscale		
	Nato a:		Il:	P.Iva		
	Indirizzo		Cap	Città		Pr.
	Tel.		Cell.	Email		

Si richiede, quale estensione alla copertura assicurativa di Responsabilità Civile i cui al questionario precedente, l'emissione di polizza a copertura della Tutela Legale per la seguente opzione:

**Fatturato FINO a € 100.000**

		Massimale per ANNO e per SINISTRO	
Dipendenti		€ 12.000,00	€ 25.000,00
0	<input type="checkbox"/>	Premio Annuo Lordo <b>€ 111,00</b>	Premio Annuo Lordo <b>€ 166,00</b>
1	<input type="checkbox"/>	<b>€ 144,00</b>	<b>€ 216,00</b>
2	<input type="checkbox"/>	<b>€ 178,00</b>	<b>€ 266,00</b>
3	<input type="checkbox"/>	<b>€ 211,00</b>	<b>€ 316,00</b>

**Fatturato OLTRE ai € 100.000**

		Massimale per ANNO e per SINISTRO	
Dipendenti		€ 12.000,00	€ 25.000,00
0	<input type="checkbox"/>	Premio Annuo Lordo <b>€ 166,00</b>	Premio Annuo Lordo <b>€ 250,00</b>
1	<input type="checkbox"/>	<b>€ 200,00</b>	<b>€ 300,00</b>
2	<input type="checkbox"/>	<b>€ 233,00</b>	<b>€ 350,00</b>
3	<input type="checkbox"/>	<b>€ 266,00</b>	<b>€ 400,00</b>

Dichiaro con la presente di aver preso visione dell'[Informativa Precontrattuale](#), delle [Condizioni Generali di Assicurazione e della Nota Informativa](#) contenute sul sito [www.cecchinbroker.it](http://www.cecchinbroker.it)

Luogo e data

Firma

In allegato al/ai questionari compilati e firmati allegare  
**CARTA DI IDENTITA', CODICE FISCALE e VISURA CAMERALE**  
del contraente. Inviare la documentazione a:  
[info@cecchinbroker.it](mailto:info@cecchinbroker.it)