

MODULO - DOTTORI COMMERCIALISTI POLIZZA INTEGRATIVA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE NEOISCRITTI ALLA CNPADC

da inviare fronte e retro firmati e compilati, unitamente alla copia del bonifico, al numero di fax 178-2215562 oppure all'indirizzo e-mail:

rischiprofessionali@doublesinsurance.com

Per informazioni sulle Condizioni di Assicurazione, le coperture previste, la sottoscrizione e la compilazione del presente modulo potrà contattare il Numero Verde 800 555 266 oppure inviare una mail all'indirizzo: rischiprofessionali@doublesinsurance.com.

AFFINCHE' REALE MUTUA ASSICURAZIONI E ACRISURE ITALIA S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole che il mio consenso è **Obbligatorio**, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali, **ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO** al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare; Rimane fermo che il mio consenso e quello dei miei familiari assicurati è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

COGNOME E NOME dell'interessato (*stampatello*) _____ Firma del titolare di polizza _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

Preso visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole che il mio consenso è **facoltativo**, oltre che revocabile in qualsiasi momento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali **esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

COGNOME E NOME dell'interessato (*stampatello*) _____ Firma del titolare di polizza _____

Io Sottoscritto/a _____ Codice Cassa _____ Luogo di
Nascita _____ Data di nascita _____
Residente in Via/Piazza _____ UBICAZIONE STUDIO _____
Località _____ Prov. _____ CAP _____
Telefono _____ Fax _____ Cell. _____
Indirizzo e-mail (leggibile) _____ C.F. _____

Dichiaro di aver preso visione dei contenuti delle condizioni di polizza integrativa Responsabilità civile professionale neoiscritti alla CNPADC disponibili sul sito www.cnpadc.it.

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 2.1, 2.2. e 2.3, dichiaro di ricoprire i seguenti incarichi (da compilare soltanto nel caso si voglia acquistare la relativa condizione particolare):

2.1 Attività di Sindaco, di Revisore Legale interno in società di capitali o Enti e di Revisore dei conti in Enti Pubblici:

SOCIETÀ / ENTE	Data di nomina

2.2 Attività di consigliere di amministrazione in società di capitali o Enti:

SOCIETÀ / ENTE	Data di nomina

2.3 Membro organo di controllo e sorveglianza in società di capitali o Enti:

SOCIETÀ / ENTE	Data di nomina

Comunico di voler attivare le seguenti garanzie aggiuntive ad integrazione della polizza collettiva “Base” sottoscritta dalla CNPADC (è obbligatorio richiamare almeno una delle Condizioni Particolari):

art. n.	Condizioni Particolari richiamate	Scoperto %	Franchigia o minimo indennizzabile per sinistro, salvo diversa indicazione	Massimo risarcimento Per sinistro o periodo assicurativo annuo	Premio annuo lordo unitario	Garanzia da attivare (Indicare con una crocetta)
2.1	Attività di Sindaco, di Revisore Legale interno in società di capitali o Enti e di Revisore dei conti in Enti Pubblici (1) (2)	10	Min. € 2500 Max € 10.000	€ 1.000.000	750 per ogni incarico in corso	
2.2	Attività di consigliere di amministrazione in società di capitali o Enti (2)	10	Min. € 2500 Max € 10.000	€ 1.000.000	1.500 per ogni incarico in corso	
2.3	Membro organo di controllo e sorveglianza in società di capitali o Enti (2)	10	Min. € 2500 Max € 10.000	€1.000.000	500 per ogni incarico in corso	
2.4	Visto pesante				300	
2.5	Visto di conformità – Visto leggero			€3.000.000	250	
2.7	Attività presso Caaf		€ 500		500	
2.8	Amministratore di Stabili				50	
2.9	Curatela – Commissario giudiziale – Liquidatore				250	
2.10	Redazione di perizie comprese quella giurate				50	
2.11	Vincolo di solidarietà (3)				1.500	
2.12	Assicurati addizionali				Da concordare previa visione della composizione studio associato	
2.13	Spese legali		€ 500		1.000	
2.14	Ultrattività				Raddoppio del premio delle altre condizioni richiamate, con il minimo di 300	
2.15	Elevazioni massimali ad euro 1.000.000,00 per sinistro (4)				100	
2.15	Elevazione massimali ad euro 1.500.000,00 per sinistro (4)				150	
2.16	Riduzione franchigia				250	
2.17	Sezione RCT/O		€ 2.500	€ 500.000 30% del max Rct	50	
Premio annuo lordo complessivo					euro	

- (1) gli incarichi presso società che, al momento della sottoscrizione della polizza, sono in stato di insolvenza dichiarato, fallimento o qualsivoglia altra procedura concorsuale il premio deve essere concordato previa verifica e analisi di specifica documentazione.
- (2) Se al momento della sottoscrizione della polizza sono presenti più di 5 incarichi il premio deve essere concordato previa verifica e analisi di specifica documentazione.
- (3) Acquistabile solo in abbinamento ad almeno una tra le condizioni particolari 2.1, 2.2 o 2.3.
- (4) Le opzioni sono alternative tra loro.

Per le garanzie sopraindicate, la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di ricezione del bonifico

Il premio, pari a €_____ corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonifico bancario a

IBAN: IT15N031380100000013161492

La causale dovrà riportare: **Cognome e nome dell'iscritto, Codice Cassa, e la dicitura "Adesione Piano Integrativo polizza responsabilità civile professionale neoiscritti alla Cassa"**.

Copia del bonifico e modulo di adesione andranno inviati a **al numero di fax 178-2215562 oppure all'indirizzo e-mail: rischi professionali@doublesinsurance.com**

Luogo e data Nome e cognome del titolare di polizza (*in stampatello*) _____

Firma _____

**Per una più completa verifica delle Condizioni generali e di garanzia, il testo di polizza è consultabile su www.cnpadc.it.*

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver ricevuto il set informativo precontrattuale

Nome e cognome del Contraente/Assicurato di polizza (*in stampatello*) _____

(Firma dell'interessato) _____

ALLEGATE INFORMATIVE ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE DOTTORI COMMERCIALISTI POLIZZA INTEGRATIVA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE NEOISCRITTI ALLA CNPADC

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

**PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

1. E' interessato alla copertura assicurativa prevista dalla Polizza integrativa Responsabilità Civile Professionale neoiscritti alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti? SI NO
2. Non ha altre coperture di responsabilità civile professionale ad eccezione della garanzia Base e vuole estendere garanzie e/o condizioni particolari? SI NO
3. Ha preso visione dei massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze ed esclusioni previste dal piano integrativo di Responsabilità Civile Professionale Neoiscritti ? SI NO
4. Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI NO
5. Il costo dell'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI NO

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
POLIZZA INTEGRATIVA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE NEOISCRITTI ALLA CNPADC

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI - NON HO ALTRE COPERTURE e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:

Gentile Iscritto,
avendo lei risposto **SI - NON HO ALTRE COPERTURE** - a tutte le domande del questionario, il Piano Integrativo risulta adeguato.
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a rischi_professionali@doublesinsurance.com

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:

Gentile Iscritto,
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto. Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a rischi_professionali@doublesinsurance.com

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE ALMENO UNA RISPOSTA

C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta, ha risposto a tutte le domande e desidera procedere, scriva una mail a rischiprofessionali@doublesinsurance.com per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Gentile Iscritto,
in relazione alle risposte fornite, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative. In particolare il prodotto potrebbe essere potenzialmente inadeguato stante la/e risposte negative da Lei fornite nel questionario dell'adeguatezza.

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di essere consapevole che la copertura relativa al Piano Integrativo non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative e di voler comunque stipulare il contratto. Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a rischi_professionali@doublesinsurance.com

Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____