

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

PRODOTTO TUTELA LEGALE

Gentile Cliente, La informiamo che la compilazione del presente questionario è necessaria in quanto finalizzata ad acquisire informazioni utili a valutare le Sue richieste ed esigenze e, quindi, a creare una soluzione assicurativa in linea.

AVVERTENZA PRELIMINARE TUTELA LEGALE

L'assicurazione ha per oggetto l'onere delle spese legali occorrenti per la difesa dei propri interessi in sede giudiziale e in sede extragiudiziale. L'esito delle vertenze ha infatti impatti significativi sulla vita quotidiana e professionale e ciò rende indispensabile la tutela da parte di Legali competenti e specializzati. Il prodotto è costituito da cinque linee di rischio: A) Vita privata, B) Azienda C) Professioni non mediche D) Professioni mediche E) Circolazione stradale.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE

Il contraente è una persona Fisica ☐ Giuridica ☐

Cognome e Nome / Ragione Sociale (nel caso di persona giuridica)

Luogo di nascita: _____ prov.: _____ data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Partita IVA: _____

Residenza: _____

Sede Legale: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL COINTESTATARIO SE PRESENTE

Il cointestatario è una persona Fisica ☐ Giuridica ☐

Cognome e Nome / Ragione Sociale (nel caso di una persona giuridica)

Luogo di nascita: _____ prov.: _____ data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Partita IVA: _____

Residenza: _____

Sede Legale: _____

Telefono: _____ Cell. _____ e-mail _____

LINEE DI RISCHIO
PROFILO PROFESSIONALE E VALUTATIVO, GARANZIE PRESTATE E CONDIZIONI

Di seguito indichi con una crocetta (X) la **linea di rischio** che si desidera attivare e le relative condizioni particolari.
N.B. È POSSIBILE SELEZIONARE UNA SOLA LINEA DI RISCHIO per polizza

LINEA A - VITA PRIVATA

☐ **A) VITA PRIVATA**

Linea di rischio A (Vita privata)	Massimale Euro 25.000 per evento, illimitato per anno
-----------------------------------	---

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare:

- Garanzia accessoria A - Lavoro dipendente:** SI ☐ NO ☐
- Garanzia accessoria B - Seconde Case:** SI ☐ NO ☐
Numero di case aggiuntive:
☐ 1
☐ 2
☐ 3
- Garanzia accessoria C - Nucleo Familiare:** SI ☐ NO ☐

LINEA B - AZIENDA

☐ **B) AZIENDA**

Indichi nello spazio adiacente lo scaglione corrispondente al numero degli addetti:

Linea di rischio B (Azienda)	Massimale Euro 25.000 per evento, illimitato per anno
Barrare con una Croce	Scaglione
	1/5 addetti
	6/10 addetti
	11/20 addetti
	Oltre 20

Ubicazione del rischio (Via, CAP, Comune, Provincia):

Attività svolta per l'individuazione della classe di rischio:

Per questa tipologia di linea non è prevista la clausola di regolazione premio, in caso di variazione del numero degli addetti, sarà necessario sostituire il contratto o provvedere ad apposita appendice a pagamento.

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare:

- **Garanzia accessoria A - Salute e Sicurezza sul lavoro:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria B - Sicurezza alimentare:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria C - Privacy e tutela dei dati:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria D - Tutela dell'ambiente:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria E - Responsabilità amministrativa 231:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria F - Vertenze contrattuali coi clienti:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria G - Pacchetto Sicurezza** (garanzie accessorie A-B-C-D-E): SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria H - Aumento valore minimo della life a Euro 3.000** (Riduzione di premio): SI ☐ NO ☐

LINEA C – PROFESSIONI NON MEDICHE

☐ **C) PROFESSIONI NON MEDICHE**

Linea di rischio C (Professioni non mediche)	Massimale Euro 21.000 per evento, illimitato per anno
--	---

Attività svolta per l'individuazione della classe di rischio: _____

Parcelle e/o retribuzioni annue lorde (elemento variabile di regolazione):

- ☐ Fino a 100.000 €
- ☐ Oltre 100.000 €

Numero dichiarato di professionisti assicurati: _____

La professione viene svolta in uno studio associato? SI ☐ NO ☐

Descrizione studio associato: _____

Nel caso abbia di dipendenti, indichi il numero totale: _____

Ubicazione del rischio: (Via, CAP, Comune, Provincia): _____

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare:

- **Garanzia accessoria A - Copertura rischio professionale escluso conduzione dello studio:** SI ☐ NO ☐ (Riduzione di premio)
- **Garanzia accessoria B - Amministratore di condomini:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria C - Limitazione delle garanzie alla sola tutela penale e amministrativa:** SI ☐ NO ☐ (Riduzione di premio)
- **Garanzia accessoria D - Procedimenti penali per delitto doloso:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria E - Spese legali di Avvocato domiciliatario:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria F - Recupero parcelle professionali fase stragiudiziale:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria G - Recupero parcelle professionali fase stragiudiziale e giudiziale:** SI ☐ NO ☐

- **Garanzia accessoria H - Controversie di lavoro con enti pubblici e con il S.S.N.:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria I - Privacy e tutela dei dati:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria L - Responsabilità amministrativa 231:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria M - Salute e sicurezza sul lavoro:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria N - Contraffazione di marchio e brevetto, esclusiva, concorrenza sleale:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria O - Pacchetto Sicurezza** (garanzie aggiuntive I-L-M): SI ☐ NO ☐
- **Desidera inoltre innalzare il massimale per vertenza?** SI ☐ NO ☐
indichi di seguito il massimale
26.000 ☐ 31.000 ☐ 50.000 ☐

LINEA D – PROFESSIONI MEDICHE

☐ **D) PROFESSIONI MEDICHE**

Linea di rischio D (Professioni mediche)	Massimale Euro 21.000 per evento, illimitato per anno
--	---

Di seguito indichi la tipologia dell'attività svolta e la specializzazione:

Barrare con una Croce	Classe di Rischio	Specializzazioni
	1	Medici che effettuano interventi chirurgici
		Medici specializzati in ortopedia, traumatologia, ginecologia, anesthesiologia, chirurgia plastica, cardiocirurgia, neonatologia, medicina d'emergenza - urgenza
		Medici odontoiatri che esercitano attività di implantologia
		Operatori sanitari ostetrici
	2	Medici che non effettuano interventi chirurgici o effettuano piccoli interventi domiciliari e/o ambulatoriali
		Medici odontoiatri che non esercitano l'attività di implantologia
		Psicologi e Psicoterapeuti
	3	Medici di base, medici specializzandi, veterinari
		Operatori sanitari e Operatori tecnico-sanitari (eccetto ostetrici)

Ubicazione della sede: _____

È un lavoratore dipendente? SI ☐ NO ☐

Nel caso abbia dei dipendenti, indichi il numero totale:

- ☐ Fino a 2 dipendenti
- ☐ Da 3 a 4 dipendenti
- ☐ Da 5 a 7 dipendenti
- ☐ Da 8 a 10 dipendenti

La professione viene svolta in uno studio associato? SI ☐ NO ☐

Se SI, indichi il numero degli associati:

- ☐ Fino a tre medici
- ☐ Oltre tre medici

Possiede una polizza di Responsabilità Civile Professionale per l'attività di Medico con Assicuratrice Milanese? SI ☐ NO ☐

Se SI, indichi il numero della Polizza: _____

LA SPECIALIZZAZIONE DEI MEDICI DEVE RIENTRARE NELLA MEDESIMA CLASSE DI RISCHIO, DIVERSAMENTE PER LA CORRETTA TARIFFAZIONE SI DOVRA' INSERIRE LA CLASSE DI RISCHIO MAGGIORE

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare:

- **Garanzia accessoria A - Vertenze contrattuali:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria B - Vertenze con il datore di lavoro:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria C - Vertenze con i pazienti compreso il recupero dei crediti:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria D - Vertenze con i pazienti escluso il recupero dei crediti:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria E - Anticipo spese penale doloso:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria F - Spese legali di Avvocato domiciliatario:** SI ☐ NO ☐
- **Desidera inoltre innalzare il massimale per vertenza?** SI ☐ NO ☐
indichi di seguito il massimale
26.000 ☐ 31.000 ☐ 50.000 ☐

LINEA E - CIRCOLAZIONE STRADALE

☐ **E) CIRCOLAZIONE STRADALE**

Linea di rischio E (Circolazione stradale)	Massimale Euro 25.000 per evento, illimitato per anno
--	---

Di seguito indichi le condizioni particolari che desidera attivare

- **Garanzia accessoria A - Veicoli conducibili con patente C/D:** SI ☐ NO ☐
- **Garanzia accessoria B - Nucleo familiare:** SI ☐ NO ☐

INFORMAZIONI SULLA DURATA CONTRATTUALE, FRAZIONAMENTO DEL PREMIO ED ELEMENTI DI REGOLAZIONE

Il contratto, in relazione alla durata annuale e, in assenza di disdetta, prevede il tacito rinnovo; è inoltre possibile selezionare il frazionamento del premio. Al riguardo, Le chiediamo di indicare le caratteristiche prescelte del contratto tra le seguenti:

- Frazionamento ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE

Al riguardo si sottolinea che il frazionamento del premio in due rate semestrali comporta l'applicazione di una maggiorazione del premio pari al 3%.

- Tacito rinnovo: SI ☐ NO ☐
- Regolazione premio: SI ☐ NO ☐

Elemento variabile: _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ha in corso polizze valide per lo stesso rischio? ☐ SÌ ☐ NO ☐
(in caso affermativo indicare la Compagnia massimali e garanzie)

Sono state annullate o disdettate? In caso affermativo, indicare i motivi: _____

_____ A far data dalle ore 24:00 del _____

Ha subito sinistri negli ultimi 5 anni? ☐ SÌ ☐ NO ☐ (in caso affermativo indicare data, tipologia, e indennizzo)

- Data e descrizione ____/____/____

- Data e descrizione ____/____/____

- Data e descrizione ____/____/____

- Data e descrizione ____/____/____

- Data e descrizione ____/____/____

L'ASSICURANDO _____

AVVERTENZE

Il pagamento del premio può essere effettuato attraverso denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore), fatta salva la disponibilità dell'intermediario ad accettare i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari e circolari;
- bonifici bancari;
- bollettini postali;
- strumenti elettronici di pagamento.

La periodicità di pagamento del premio è annuale; è tuttavia prevista la possibilità di frazionare il premio stesso in due rate semestrali, con l'applicazione di una maggiorazione del 3%.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte ovvero le reticenze del contraente o comunque dal soggetto tenuto a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.