

DUAL Professioni Consulting

MODULO RACCOLTA DATI

Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità Civile Professionale per
Professionisti e Società che operano nel settore della consulenza,
servizi, privacy e risorse umane

Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI. Esso si riferisce al prodotto DUAL Professioni Consulting dedicato a professionisti, associazioni professionali e/o società con FATTURATO fino a € 200.000 e non si applica individualmente a professionisti parte di associazioni professionali o società.

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno riportate nella SCHEDA DI POLIZZA sottoforma di dichiarazione del CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto emesso su richiesta del Proponente. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

ATTENZIONE: i termini riportati in lettere maiuscole hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP:

CITTA':

Paese di residenza:

P.IVA.

Codice Fiscale:

Indirizzo di posta elettronica

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Settore e descrizione di attività* :

*Fare riferimento alla scheda ELENCO ATTIVITA' allegata alla presente Proposta.

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

1. FATTURATO consuntivo, previsionale se il Proponente è Neo Costituito (includere l'eventuale FATTURATO derivante dall'attività dei singoli professionisti) €

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

2. Esiste altra polizza che copre in tutto o in parte i rischi oggetto del contratto di assicurazione a cui si riferisce il presente modulo? SI NO

ATTENZIONE: nel caso di risposta “Non Confermo” anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono si prega di far compilare la Proposta di Assicurazione tailor made e di sottoporla a DUAL ITALIA S.P.A. che valuterà l’assumibilità del rischio.

3. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:
- del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
 - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
 - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
4. Confermo che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti:
- del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
 - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
 - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P.Iva
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
5. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** esercitano consulenza che abbia ad oggetto investimenti mobiliari o finanziari in genere.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
6. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** sono iscritti all’Albo dei Promotori finanziari
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
7. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** prestano la propria attività nel settore medico, paramedico, sanitario e/o di ricerca sperimentale.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
8. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI, nel caso si tratti di Società di recupero crediti, svolge la propria attività unicamente per conto terzi ed esclusivamente sulla base di regolare mandato.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
9. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** si occupano di formazione nel campo medico.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
10. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** si occupano di giornalismo, editoria e/o pubblicazioni su testate giornalistiche in genere e/o su pagine web.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|
11. Confermo che il Proponente e/o i suoi COLLABORATORI **NON** si occupano di traduzioni di testi e documenti nei settori:
- medico, paramedico, sanitario e di ricerca scientifica e/o sperimentale;
 - finanziario, bancario e/o assicurativo;
 - giuridico.
- | | |
|----------|--------------|
| Confermo | Non Confermo |
|----------|--------------|

TERMINI OPZIONALI E GARANZIE A DISCREZIONE DEL PROPONENTE

9. Estensione attività personale dei professionisti. SI NO
In caso di risposta affermativa non è applicato alcun sovrapprezzo, ma il fatturato sopra indicato deve essere comprensivo del fatturato dei singoli professionisti.
10. PACCHETTO DANNI, che include le seguenti garanzie:
- Home Staging
 - RCT
 - RCO
- SI NO
- In caso di risposta affermativa sarà applicato al premio finale un aumento del premio del 15%.*
11. PACCHETTO REPUTAZIONE, che include le seguenti garanzie:
- Proprietà intellettuale
 - Spese per il ripristino reputazionale
- SI NO
- In caso di risposta affermativa sarà applicato al premio finale un aumento del premio del 10%.*

12. Si desidera ridurre la FRANCHIGIA:
- per i SETTORI CONSULENZA e SETTORE GESTIONE da € 2.500 ad € 1.500
 - per il SETTORE SERVIZI da € 1.000 ad € 500
- In caso di risposta affermativa sarà applicato al premio finale un aumento del premio del 5%.*

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

13. Si desidera la RETROATTIVITA' illimitata?
- In caso di risposta affermativa sarà applicato al premio finale un aumento del premio del 5%.*

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

LIMITI DI INDENNIZZO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al FATTURATO dichiarato al precedente punto 1. barrare la casella del LIMITE DI INDENNIZZO richiesto:

| CLASSI DI FATTURATO | SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro) | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 250 | 500 | 1.000 | 1.500 | 2.000 | 2.500 | 3.000 |
| DA € 0 A € 50.000 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DA € 50.001 A € 100.000 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DA € 100.001 A € 150.000 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DA € 150.001 A € 200.000 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREMIO annuo lordo Euro

AVVERTENZE

Qualora le risposte fornite siano tutte "Confermo", le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell'emissione del Contratto emesso su richiesta del Proponente e riportate nella SCHEDA DI POLIZZA per opportuna sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il DIP, al DIP aggiuntivo, le condizioni generali di assicurazione e le definizioni, contenuti nel set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018 che dovrà essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto.

Firma dell'intermediario:

Data: .../.../..... Firma del Proponente per accettazione:

Il presente documento è aggiornato al mese di Luglio 2020

| ELENCO ATTIVITA' | | | |
|------------------|----------------------|----------|---|
| Codice A | SETTORE DI ATTIVITA' | Codice B | DESCRIZIONE SPECIFICA DI ATTIVITA' |
| 1 | SETTORE CONSULENZA | 1 | Consulenza aziendale |
| | | 2 | Consulenza finanziaria |
| | | 3 | Finanza agevolata |
| | | 4 | Privacy |
| | | 5 | DPO (Data Protection Officer) |
| | | 6 | Consulenza in ambito di proprietà industriale |
| | | 7 | Archivista |
| | | 8 | Consulenza in tema di brand aziendali |
| | | 9 | Consulenza di direzione |
| 2 | SETTORE GESTIONE | 1 | Recupero crediti |
| | | 2 | Predisposizione documenti di bandi e gare d'appalto |
| 3 | SETTORE SERVIZI | 1 | Formazione e Teaching |
| | | 2 | Traduttore/società di traduzione |
| | | 3 | Selezione e ricerca del personale |
| | | 4 | Call center e Indagini di mercato |
| 4 | ALTRO | 1 | specificare |