

## Professional Indemnity Insurance – Proposal Form

### QUESTIONARIO PER ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'AVVOCATO

- Nota: a) E' indispensabile rispondere a tutte le domande contenute nel questionario  
b) Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati e di indicare i rimandi del caso.

#### AVVISO IMPORTANTE (IMPORTANT WARNING)

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made" ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. That is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. When the insurance period is over, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

Tutte le informazioni devono essere dichiarate, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro/reclamo.

All information must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

1. a) **Cognome, Nome e Titolo di Studio dell'Assicurando**.....  
Name of Proposer

b) **Anno di inizio attività**..... c) **Anno iscrizione albo**.....  
Year of commencement of activity Year of enrolment

d) **Se si tratta di Studio Associato, indicare le generalità complete di ciascun Professionista che si desidera assicurare, unitamente all'anno di inizio attività presso lo Studio e di iscrizione all'albo:**  
If Partnership or Associated Office, please state the name of each professional person to insure and year of commencement and enrolment:

Dott. .... dal..... iscrizione albo .....

Dott. .... dal..... iscrizione albo .....

Dott. .... dal..... iscrizione albo .....

Dott. .... dal..... iscrizione albo .....

e) **Denominazione dello Studio (eventuale)**.....  
Name of the Firm

f) **Codice fiscale / Partita Iva**.....  
Fiscal Code / V.A.T.

g) **Indirizzo completo**.....  
Address

**2. Massimale di Assicurazione richiesto**

Amount of indemnity required, in aggregate

€ 500.000     € 1.000.000     € 1.500.000     € 2.000.000     € 2.500.000

altro € .....

**3. Decorrenza e durata della Polizza**

Inception and expiry terms

Dalle ore 24.00 del..... alle ore 24.00 del.....

**4. Specificate i Vostri introiti relativi agli ultimi 12 mesi (31 Dicembre scorso) derivanti da:**

Income for previous 12 months financial period ending 31 December

	<b>ATTIVITA' (Activity)</b>	<b>INTROITI RELATIVI (Income)</b>
A)	<b>AVVOCATO / Studio Associato</b> (Lawyer / Associated Office)	€
B)	<b>CONTABILE E FISCALE</b> (Tax consultant)	€
C)	<b>SINDACO/REVISORE CONTABILE</b> (Statutory Auditor / Internal Auditor)	€
D)	<b>MEMBRO DI CONSIGLI DI AMMINISTRAZIONE</b> (Director of Companies)	€
E)	<b>CONCILIATORE / ARBITRO</b> (Conciliator / Arbitror)	€
F)	<b>ALTRO</b> (Other)	€
<b>Totale</b>		€

**5. Avete attualmente in vigore altre Polizze che garantiscano gli stessi rischi per i quali è richiesta questa copertura?**

Has the Firm or any of their Partners in force any Policy for similar risks?

SI    NO

**In caso affermativo, specificare quali sono i Soggetti assicurati e i Massimali previsti tenendo conto che, in tal caso, la presente proposta riguarderà una copertura in secondo rischio.**

If Yes, please give details having in mind that this policy will be in second risk.

.....

**6. Avete mai sottoscritto altre polizze a garanzia di questi stessi rischi negli ultimi 5 anni?**    SI    NO

Have you effected similar insurances during the past 5 years?

**In caso affermativo, relativamente a queste precedenti coperture date dettagli**

If Yes, please give details

Compagnia Insurance Company	Massimale della Polizza Policy limit	Scoperto/Franchigia Excess/deductible	Periodo Period

**In caso negativo, indicate per quanti anni siete stati assicurati in precedenza.....**

If Not, please state number of years you have been insured

**7. Negli ultimi 5 anni si sono mai verificate le seguenti circostanze?**

In the past 5 years, has any application for similar insurance ever been

- a) **interruzione/recesso da parte degli Assicuratori** SI NO  
declined
- b) **cancellazione da parte degli Assicuratori** SI NO  
cancelled
- c) **rifiuto di rinnovo da parte degli Assicuratori** SI NO  
refused at renewal or
- d) **imposizione di clausole particolari da parte degli Assicuratori** SI NO  
had special terms imposed?

**Alle eventuali risposte affermative dare dettagli:**

If any answer is Yes, please give details:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Alcuno dei soggetti da assicurare ha mai avuto**

**precedenti sinistri / reclami e/o richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?**

SI NO

Have any subject to insure had any claims/requests of compensation in past 5 years?

**In caso affermativo, compilare il documento allegato al presente questionario**

If Yes, please fill in the enclosed document

9. **Alcuno dei soggetti da assicurare è a conoscenza di fatti o circostanze dai quali possano discendere future richieste di indennizzo?**

SI NO

Is any subject to insure aware of any circumstances which may result in any claim being made against the present or past Partners?

**In caso affermativo, compilare il documento allegato al presente questionario**

If Yes, please fill in the enclosed document

10. **Alcuno dei soggetti da assicurare ha ricoperto / ricopre cariche sociali presso società che si trovino attualmente in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di amministrazione controllata, o di concordato preventivo o nei cui confronti sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, o si trova in stato di precarietà aziendale che possano determinare l'apertura di uno dei suddetti procedimenti?**

Has any of the subjects to be assured been / or are in social position within companies, in a state of bankruptcy, of compulsory liquidation, in controlled administration or of a preventive agreement with creditors, or is in a similar condition, or in a position of business precariousness such as to determine one of the aforesaid procedures ?

SI NO

**In caso affermativo, compilare il documento allegato al presente questionario**

If Yes, please fill in the enclosed document

**Si dichiara che tutto quanto sopra indicato corrisponde alla realtà dei fatti e che non sono state omesse o sottaciute circostanze o fatti materiali che possano influire sul presente contratto. Si prende altresì atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso.**

I/WE HEREBY DECLARE that the above statements and particulars are true and that I/WE have not suppressed or mis-stated any material facts and I/WE agree that this Proposal Form and any supplementary information sheet(s) attached hereto shall be the basis of the contract with the Underwriters.

---

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
-------------	--------------

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, si precisa che W.B.A. S.r.l. tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.

Firma: \_\_\_\_\_

**ALLEGATO AL QUESTIONARIO**

---

**Il presente documento forma parte integrante del Questionario per Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell' Avvocato. La compilazione è volta a fornire maggiori dettagli, necessari per una corretta valutazione del rischio, nel caso in cui fossero state date una o più risposte positive alle domande 8. 9. e 10. del Questionario.**

This document is integral part of the Proposal. The details herewith enclosed are necessary for a right evaluation of the risk, should any answer to the questions 8. 9. and 10. be positive.

**Relativamente alla domanda 8:**

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Relativamente alla domanda 9:**

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Relativamente alla domanda 10:**

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....