

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora il Contraente non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non adeguato" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dal Contraente.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Persona Giuridica: Ragione sociale _____
 Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
 Professione/Attività lavorativa _____
 Residenza/Sede legale _____
 Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Persona Giuridica: Ragione sociale _____
 Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
 Professione/Attività lavorativa _____
 Residenza/Sede legale _____
 Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

AVVERTENZA: se professione/attività lavorativa non rientra nell'attività professionale di Avvocato o Praticante Avvocato allora l'Assicurato rientra nel Target Market negativo ed il **prodotto non è adeguato**.

PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

Obblighi di legge / Impegni contrattuali Assenza di Obblighi di legge / Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

Lavorativo Extra Lavorativo

AVVERTENZA: Se valorizzato "Extra Lavorativo", allora **prodotto non adeguato per le Garanzie per la Responsabilità Civile Professionale, verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro.**

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa alla responsabilità civile professionale derivante dall'attività professionale di Avvocato o di Praticante Avvocato? Sì No
- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa alla responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro derivante dall'attività professionale di Avvocato o di Praticante Avvocato? Sì No



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

3. il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa per il caso Morte, Invalidità Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea da Infortunio e Rimborso Spese Mediche da Infortunio subiti nell'espletamento dell'attività professionale di Avvocato o Praticante Avvocato – compreso il rischio *in itinere* -, oppure – qualora scelto dal Contraente – anche nell'espletamento di attività extra professionali?
- Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato “NO” ai punti 1) e 2) o a tutti e 3 i punti, allora **prodotto non adeguato**.

Se valorizzato “NO” al punto 3), **non può essere acquistata la Garanzia “Infortuni & Rimborso spese mediche da Infortunio”**.

4. si ha la consapevolezza che la Garanzia per la Responsabilità Civile Professionale prevede la formula ***Claims made***, volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione?

Sì No

5. si ha la consapevolezza che le Garanzie per la Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro (RCT/O) prevedono la formula ***Loss Occurrence***, volta a tenere indenne l'Assicurato da eventi da cui derivi un Sinistro purché avvenuti successivamente alla data di decorrenza della Polizza e denunciati entro il termine di decadenza previsto dalle condizioni di assicurazione e fermo il termine di prescrizione previsto dalla legge?

Sì No

6. si ha la consapevolezza che la Garanzia Infortuni e Rimborso Spese Mediche da Infortunio prevede la formula ***Loss Occurrence***, volta a tenere indenne l'Assicurato per gli Infortuni occorsi durante il periodo di efficacia della Polizza purché denunciati entro il termine di decadenza previsto dalle condizioni di assicurazione e fermo il termine di prescrizione previsto dalla legge?

Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato “NO” ai punti 4) e 5) o a tutti e 3 i punti, allora **prodotto non adeguato**.

Se valorizzato “NO” al punto 6) e valorizzato “SI” al punto 3), allora **prodotto non adeguato**.

7. si necessita di una copertura assicurativa per Responsabilità Civile Professionale?

Sì No

8. si necessita di una copertura assicurativa per la Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro (RCT/O)?

Sì No

9. si necessita di una copertura assicurativa per il caso di Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea da Infortunio e Rimborso Spese Mediche da Infortunio?

Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato “NO” ai punti 7) e 8) o a tutti e 3 i punti, allora **prodotto non adeguato**

Se valorizzato “NO” ai punti 3) e 6) e valorizzato “SI” al punto 9), allora **prodotto non adeguato**

Per quanto selezionato al punto 7, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

10. un periodo di retroattività?

Sì No



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative
Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa SI NO

può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze?

(se "NO" allora prodotto non adeguato).

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa SI NO

può prevedere un massimale unico per sinistro e per Periodo Assicurativo.

(se "NO" allora prodotto non adeguato).

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, che coprono le SI NO

necessità assicurative precedentemente valorizzate?

Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, il distributore certifica che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse dal Contraente. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

Data

Firma del Distributore

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data

Firma del Contraente

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019

Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)