



# LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it  
Cap. Soc. € 23.000.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659  
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni  
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI,  
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO  
FONDIARIA-SAI



## QUESTIONARIO - PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'AVVOCATO E DEL PROCURATORE LEGALE

Cod. Ag.	Agenzia		
Cod. Sub.	Rischio comune Polizza	Sostituisce Polizza n.	

<b>PROPONENTE</b>				Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo		Cap	Località	Prov.	
<b>DURATA</b>	Effetto dalle ore 24 del	Scadenza alle ore 24 del	Scadenza 1 <sup>a</sup> rata alle ore 24 del	Frazionamento	

**ASSICURANDO** (se diverso dal Proponente)

Cognome e Nome	Data di nascita
----------------	-----------------

**DESCRIZIONE DEL RISCHIO:** L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurando nella sua qualità di:

Avvocato  Procuratore Legale  Civilista  Penalista

specializzato in diritto (commerciale, fiscale, di famiglia, del lavoro, ecc.) \_\_\_\_\_

con studio sito in \_\_\_\_\_

nel quale operano le seguenti persone (titolari, contitolari, professionisti associati) iscritti all'Albo:

NOME E COGNOME	Qualifica (Titolare, Contitolare Associato)	Tirocinio (durata anni)	Inizio professione (mese - anno)	Iscrizione all'Albo (mese - anno)
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		

e le seguenti altre persone non iscritte all'Albo: Dipendenti N. \_\_\_\_\_ Praticanti e Tirocinanti N. \_\_\_\_\_  
compresa  esclusa  l'estensione alla Legge 675 (Privacy);

**MASSIMALI RCT ASSICURATI** (per uno o più sinistri avvenuti in uno stesso periodo assicurativo annuo)

€ 150.000     € 250.000     € 500.000     € 750.000

**CONDIZIONI PARTICOLARI - ALLEGATI** (eventuale documentazione ritenuta idonea dal Proponente o dall'Agente)

**INTROITI**

Introiti nel decorso esercizio	Introiti nel corrente esercizio	Stima introiti prossimo esercizio
€	€	€

**ALTRO**

**RICHIESTE DI RISARCIMENTO - (vedi NOTA)**

Nel passato sono state fatte all'Assicurando richieste di risarcimento dovute a una sua responsabilità professionale? SI  NO

**FATTI O CIRCOSTANZE - (vedi NOTA)**

L'Assicurando è a conoscenza di fatti, circostanze, situazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni connessi a responsabilità civile professionale? SI  NO

**COPERTURE ASSICURATIVE: - (vedi NOTA)**

**A) "PRECEDENTI"**

Nel passato sono state stipulate dall'Assicurando altre assicurazioni della RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Modificate/Annullate	Motivo

**B) "ATTUALI"**

Ad oggi risultano in essere polizze stipulate dall'Assicurando per la RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Numero sinistri denunciati (vedi NOTA)

**NOTA: Qualora la risposta anche ad una sola delle soprastanti domande fosse affermativa, preghiamo di voler fornire dettagli (tipo di danno e importo o fatto, circostanza, situazione che può dar luogo a un danno da RC professionale) nello spazio sottostante o su foglio separato che deve essere datato e firmato dall'Assicurando.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE DICHIARA**

- di aver ricevuto la Nota Informativa Precontrattuale (ai sensi dell'art. 123 D.L. 175/95);
- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali finalizzato all'eventuale stipulazione della polizza (ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96).

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

**PROPOSTA NON IMPEGNATIVA**

La sottoscrizione di questa proposta non impegna le Parti a contrarre l'assicurazione; tuttavia, in caso di emissione della polizza, ne forma parte integrante.

**DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI**

Il Proponente, con la sottoscrizione della presente proposta, dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false o reticenti possono comportare, in caso di emissione della polizza, la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo come previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

Elencare tutte le polizze che il Proponente (o il suo nucleo familiare) ha in corso con la **LIGURIA Società di Assicurazioni spa e/o LIGURIA VITA spa.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_



# LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it  
Cap. Soc. € 23.000.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659  
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni  
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDARIASAI,  
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDARIASAI S.p.A.



## QUESTIONARIO - PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL COMMERCIALISTA E DEL CONSULENTE DEL LAVORO

Cod. Ag.	Agenzia		
Cod. Sub.	Rischio comune Polizza	Sostituisce Polizza n.	

<b>PROPONENTE</b>				Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo		Cap	Località	Prov.	
<b>DURATA</b>	Effetto dalle ore 24 del	Scadenza alle ore 24 del	Scadenza 1ª rata alle ore 24 del	Frazionamento	

**ASSICURANDO** (se diverso dal Proponente)

Cognome e Nome	Data di nascita
----------------	-----------------

**DESCRIZIONE DEL RISCHIO:** L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurando nella sua qualità di:

Commercialista  Consulente del lavoro

compresa  esclusa  l'attività prestata a titolo gratuito per associazioni o enti il cui scopo sociale è senza fini di lucro

con attività di elaborazione dei dati affidata: all'esterno  svolta internamente

e salvataggio dei dati effettuato ogni \_\_\_\_\_ giorni, in N. \_\_\_\_\_ copie, custodite in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con studio sito in \_\_\_\_\_

nel quale operano le seguenti persone (titolari, contitolari, professionisti associati) iscritti all'Albo:

NOME E COGNOME	Qualifica (Titolare, Contitolare Associato)	Tirocinio (durata anni)		Inizio professione (mese - anno)	Iscrizione all'Albo (mese - anno)
		SI	NO		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durata anni		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durata anni		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> durata anni		

e le seguenti altre persone non iscritte all'Albo: Dipendenti N. \_\_\_\_\_ Praticanti e Tirocinanti N. \_\_\_\_\_

compresa  esclusa  l'estensione alla Legge 675 (Privacy);

**MASSIMALI RCT ASSICURATI** (per uno o più sinistri avvenuti in uno stesso periodo assicurativo annuo)

€ 150.000     € 250.000     € 500.000     € 750.000

**CONDIZIONI PARTICOLARI - ALLEGATI** (eventuale documentazione ritenuta idonea dal Proponente o dall'Agente)

\_\_\_\_\_

**PARAMETRI DI TASSAZIONE**

Introiti nel decorso esercizio	Introiti nel corrente esercizio	Stima introiti prossimo esercizio
€	€	€

**ALTRO**

\_\_\_\_\_

**RICHIESTE DI RISARCIMENTO - (vedi NOTA)**

Nel passato sono state fatte all'Assicurando richieste di risarcimento dovute a una sua responsabilità professionale? SI  NO

**FATTI O CIRCOSTANZE - (vedi NOTA)**

L'Assicurando è a conoscenza di fatti, circostanze, situazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni connessi a responsabilità civile professionale? SI  NO

**COPERTURE ASSICURATIVE: - (vedi NOTA)**

**A) "PRECEDENTI"**

Nel passato sono state stipulate dall'Assicurando altre assicurazioni della RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Modificate/Annullate	Motivo

**B) "ATTUALI"**

Ad oggi risultano in essere polizze stipulate dall'Assicurando per la RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Numero sinistri denunciati (vedi NOTA)

**NOTA: Qualora la risposta anche ad una sola delle soprastanti domande fosse affermativa, preghiamo di voler fornire dettagli (tipo di danno e importo o fatto, circostanza, situazione che può dar luogo a un danno da RC professionale) nello spazio sottostante o su foglio separato che deve essere datato e firmato dall'Assicurando.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE DICHIARA**  
- di aver ricevuto la Nota Informativa Precontrattuale (ai sensi dell'art. 123 D.L. 175/95);  
- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione;  
- di acconsentire al trattamento dei dati personali finalizzato all'eventuale stipulazione della polizza (ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96).

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

<b>PROPOSTA NON IMPEGNATIVA</b> La sottoscrizione di questa proposta non impegna le Parti a contrarre l'assicurazione; tuttavia, in caso di emissione della polizza, ne forma parte integrante.	<b>DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI</b> Il Proponente, con la sottoscrizione della presente proposta, dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false o reticenti possono comportare, in caso di emissione della polizza, la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo come previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.
--	--

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

Elencare tutte le polizze che il Proponente (o il suo nucleo familiare) ha in corso con la **LIGURIA Società di Assicurazioni spa e/o LIGURIA VITA spa.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_



## LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it  
Cap. Soc. € 23.000.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659  
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni  
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI,  
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO  
FONDIARIA-SAI



### QUESTIONARIO - PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL MEDICO SPECIALISTA

Cod. Ag.	Agenzia		
Cod. Sub.	Rischio comune Polizza	Sostituisce Polizza n.	

<b>PROPONENTE</b>			Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo	Cap	Località	Prov.	
<b>DURATA</b>	Effetto dalle ore 24 del	Scadenza alle ore 24 del	Scadenza 1 <sup>a</sup> rata alle ore 24 del	Frazionamento

**ASSICURANDO** (se diverso dal Proponente)

Cognome e Nome	Data di nascita
----------------	-----------------

**DESCRIZIONE DEL RISCHIO:** L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurando nella sua qualità di: (indicare la specializzazione)

Medico \_\_\_\_\_

compresa  esclusa  l'attività prestata a titolo gratuito per associazioni o enti il cui scopo sociale è senza fini di lucro  
con studio sito in \_\_\_\_\_

compresa  esclusa  l'attività di pronto soccorso; attività svolta solo come dipendente SSN? SI  NO

che si avvale di n. \_\_\_\_\_ collaboratori con qualifica di infermiere e/o tecnico di laboratorio.

Altre informazioni: data conseguimento diploma di laurea: \_\_\_\_\_ data di iscrizione all'Albo: \_\_\_\_\_

CURRICULUM				
DAL	AL	Libero professionista o Dipendente	Mansione o qualifica	Stuttura dove ha prestato la sua opera

**MASSIMALI RCT ASSICURATI** (per uno o più sinistri avvenuti in uno stesso periodo assicurativo annuo)

€ 150.000     € 250.000     € 500.000     € 750.000

**CONDIZIONI PARTICOLARI - ALLEGATI** (eventuale documentazione ritenuta idonea dal Proponente o dall'Agente)

**RICHIESTE DI RISARCIMENTO - (vedi NOTA)**

Nel passato sono state fatte all'Assicurando richieste di risarcimento dovute a una sua responsabilità professionale? SI  NO

**FATTI O CIRCOSTANZE - (vedi NOTA)**

L'Assicurando è a conoscenza di fatti, circostanze, situazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni connessi a responsabilità civile professionale? SI  NO

**COPERTURE ASSICURATIVE: - (vedi NOTA)**

**A) "PRECEDENTI"**

Nel passato sono state stipulate dall'Assicurando altre assicurazioni della RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Modificate/Annullate	Motivo

**B) "ATTUALI"**

Ad oggi risultano in essere polizze stipulate dall'Assicurando per la RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Numero sinistri denunciati (vedi NOTA)

**NOTA: Qualora la risposta anche ad una sola delle soprastanti domande fosse affermativa, preghiamo di voler fornire dettagli (tipo di danno e importo o fatto, circostanza, situazione che può dar luogo a un danno da RC professionale) nello spazio sottostante o su foglio separato che deve essere datato e firmato dall'Assicurando.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE DICHIARA**

- di aver ricevuto la Nota Informativa Precontrattuale (ai sensi dell'art. 123 D.L. 175/95);
- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali finalizzato all'eventuale stipulazione della polizza (ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96).

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

**PROPOSTA NON IMPEGNATIVA**

La sottoscrizione di questa proposta non impegna le Parti a contrarre l'assicurazione; tuttavia, in caso di emissione della polizza, ne forma parte integrante.

**DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI**

Il Proponente, con la sottoscrizione della presente proposta, dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false o reticenti possono comportare, in caso di emissione della polizza, la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo come previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

Elencare tutte le polizze che il Proponente (o il suo nucleo familiare) ha in corso con la **LIGURIA Società di Assicurazioni spa e/o LIGURIA VITA spa**.

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_



# LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it  
Cap. Soc. € 23.000.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659  
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni  
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI,  
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO  
FONDIARIA-SAI



## QUESTIONARIO - PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'ARCHITETTO, INGEGNERE, GEOMETRA, PERITO INDUSTRIALE, GEOLOGO

Cod. Ag.	Agenzia		
Cod. Sub.	Rischio comune Polizza	Sostituisce Polizza n.	

<b>PROPONENTE</b>				Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo		Cap	Località	Prov.	
<b>DURATA</b>	Effetto dalle ore 24 del	Scadenza alle ore 24 del	Scadenza 1ª rata alle ore 24 del	Frazionamento	

<b>ASSICURANDO</b> (se diverso dal Proponente)	
Cognome e Nome	Data di nascita

**DESCRIZIONE DEL RISCHIO:** L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurando nella sua qualità di:

Architetto  Ingegnere  Geometra  Perito industriale  Geologo

operante nel settore (civile, elettronico, meccanico, informatico, ecc.) \_\_\_\_\_

compresa  esclusa  l'attività di direttore dei lavori; compresi  esclusi  i danni da interruzione o sospensione di attività.

compresa  esclusa  l'errata interpretazione dei vincoli urbanistici; compresi  esclusi  i danni da inquinamento accidentale.

con studio sito in \_\_\_\_\_

nel quale operano le seguenti persone (titolari, contitolari, professionisti associati) iscritti all'Albo:

NOME E COGNOME	Qualifica (Titolare, Contitolare Associato)	Tirocinio (durata anni)	Inizio professione (mese - anno)	Iscrizione all'Albo (mese - anno)
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO durata anni		

e le seguenti altre persone non iscritte all'Albo: Dipendenti N. \_\_\_\_\_ Praticanti e Tirocinanti N. \_\_\_\_\_

Altre Informazioni:

**MASSIMALI RCT ASSICURATI** (per uno o più sinistri avvenuti in uno stesso periodo assicurativo annuo)

€ 150.000     € 250.000     € 500.000     € 750.000

**CONDIZIONI PARTICOLARI - ALLEGATI** (eventuale documentazione ritenuta idonea dal Proponente o dall'Agente)

<b>INTROITI</b>		
Introiti nel decorso esercizio	Introiti nel corrente esercizio	Stima introiti prossimo esercizio
€	€	€

**ALTRO**

**RICHIESTE DI RISARCIMENTO - (vedi NOTA)**

Nel passato sono state fatte all'Assicurando richieste di risarcimento dovute a una sua responsabilità professionale? SI  NO

**FATTI O CIRCOSTANZE - (vedi NOTA)**

L'Assicurando è a conoscenza di fatti, circostanze, situazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento per danni connessi a responsabilità civile professionale? SI  NO

**COPERTURE ASSICURATIVE: - (vedi NOTA)**

**A) "PRECEDENTI"**

Nel passato sono state stipulate dall'Assicurando altre assicurazioni della RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Modificate/Annullate	Motivo

**B) "ATTUALI"**

Ad oggi risultano in essere polizze stipulate dall'Assicurando per la RC Professionale? SI  NO

Se la risposta è "SI" si prega di fornire i seguenti particolari:

Imprese assicuratrici	Massimali	Numero sinistri denunciati (vedi NOTA)

**NOTA: Qualora la risposta anche ad una sola delle soprastanti domande fosse affermativa, preghiamo di voler fornire dettagli (tipo di danno e importo o fatto, circostanza, situazione che può dar luogo a un danno da RC professionale) nello spazio sottostante o su foglio separato che deve essere datato e firmato dall'Assicurando.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**IL PROPONENTE DICHIARA**

- di aver ricevuto la Nota Informativa Precontrattuale (ai sensi dell'art. 123 D.L. 175/95);
- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali finalizzato all'eventuale stipulazione della polizza (ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96).

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

**PROPOSTA NON IMPEGNATIVA**

La sottoscrizione di questa proposta non impegna le Parti a contrarre l'assicurazione; tuttavia, in caso di emissione della polizza, ne forma parte integrante.

**DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI**

Il Proponente, con la sottoscrizione della presente proposta, dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false o reticenti possono comportare, in caso di emissione della polizza, la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo come previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

**SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA**

Elencare tutte le polizze che il Proponente (o il suo nucleo familiare) ha in corso con la **LIGURIA Società di Assicurazioni spa e/o LIGURIA VITA spa.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_