



**Data:** Mar 04/10/2016 10:55  
**Da:** brokeritalyconsulting <brokeritalyconsulting@pecimprese.it>  
**A:** segreteria@avvocatifoggia.legalmail.it  
**Oggetto:** Convenzione RC Professionale Avvocati  
**Allegato/i:** Condizioni generali.pdf(*dimensione 812 KB*)  
 Presentazione Convenzione Cassa Forense.pdf(*dimensione 373 KB*)  
 Questionario RC Professionle Avvocati.pdf(*dimensione 543 KB*)

Buongiorno,

con la presente, in considerazione delle recenti normative sulla materia di RC Professionale, Brokeritaly ha ritenuto fondamentale ricercare e proporre all'Attenzione di Codesto Ordine Provinciale, la convenzione assicurativa, a condizioni economiche vantaggiose, relativa alla Responsabilità Professionale degli Avvocati, già siglata su scala nazionale con la Cassa Forense.

Si allega alla presente una griglia riepilogativa delle principali condizioni con i relativi premi, nonché il capitolato di polizza strutturato ad hoc dai Lloyd's of London.

Sottoponiamo alla Vs attenzione la presente al fine di replicare le medesime condizioni su scala provinciale.

In attesa di un gentile riscontro, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti

Brokeritaly Consulting Srl



Visita e pubblicidi  
 sul sito e ricerche  
 @ attraverso mail list  
 10.10.2016

## Convenzione RC Professionale in favore degli aderenti alla Cassa Forense

La Brokeritaly società di consulenza assicurativa italiana, non controllata da multinazionali, costituita da un gruppo di consulenti frutto dell'eccellenza delle principali scuole di diritto italiano ha strutturato in esclusiva per gli aderenti alla Cassa Forense una convenzione per la copertura assicurativa della Responsabilità Civile Professionale.

La copertura Assicurativa realizzata *ad hoc* alla luce della normativa italiana ed europea fondata sulle peculiarità di una professione come quella forense.

La proposta della Brokeritaly parte da un premio minimo di € 145,00.

Si riportano alcune delle garanzie inserite nella copertura assicurativa proposta:

<b>1. RCT – Responsabilità Civile Terzi Conduzione dello Studio - RCO – Responsabilità Civile Operatori</b>
<b>2. Responsabilità professionale riconducibile all'operato di collaboratori e praticanti</b>
<b>3. Vincolo Solidarietà – Operatività della copertura anche in caso di responsabilità solidale</b>
<b>4. Smarrimento di documenti</b>
<b>5. Custode Giudiziario ex L. 80/2005</b>
<b>6. Arbitro</b>
<b>7. Mediatore per la conciliazione delle controversie</b>
<b>8. Procedure Esecutive Immobiliari ex L. 3 Agosto 1998 n. 302</b>
<b>9. Attività di patrocinatore stragiudiziale</b>
<b>10. Perito del Tribunale</b>
<b>11. Codice Privacy</b>
<b>12. Libera Docenza</b>

Brokeritaly ha dedicato in esclusiva agli appartenenti della Cassa Forense un numero telefonico **06/58333391/206**.

Per maggiori informazioni sarà possibile inviare una richiesta al seguente indirizzo e-mail: **convenzioneavvocati@brokeritaly.com**

Per fornire una quotazione sarà necessario compilare il modello che troverete sulla rete intranet della Cassa Forense Home>Convenzioni>Attività Professionale>Assicurazione >RC Professionale o sul sito della Brokeritaly [www.brokeritaly.com](http://www.brokeritaly.com)

Dal connubio **Brokeritaly** con i **Lloyd's**, leader per i rischi speciali presente da oltre 300 anni sul mercato assicurativo mondiale, nasce il prodotto di seguito riportato:

<b>FATTURATO IN EURO</b>		<b>€ 500.000,00</b>	<b>€ 1.000.000,00</b>	<b>€ 2.000.000,00</b>
<b>MASSIMALE</b>				
0 – 35.000,00	€ 145,00	€ 190,00	€ 350,00	
35.001 – 80.000,00	€ 180,00	€ 225,00	€ 465,00	
80.001 – 150.000,00	€ 335,00	€ 465,00	€ 600,00	
150.001 – 250.000,00	€ 435,00	€ 575,00	€ 765,00	
> € 250.000,00	Gli Assicuratori forniranno una quotazione dedicata			

*\*condizioni valide in assenza di sinistri negli ultimi 5 anni.*

**Retroattività:**

come da condizioni di polizza in corso. In caso di assenza di copertura assicurativa, o cessata da oltre 30 giorni, gli Assicuratori garantiranno un periodo minimo pari ad anni 2 estendibili con sovrappremio;

**Postuma:**

12 mesi, estendibili per ulterior periodo su richiesta dell'aderente;

**Franchigia Fissa:**

€ 500,00 per fatturati < € 35.000,00  
€ 1.000,00 per fatturati > € 35.000,00

**Nessuno Scoperto**

Rappresentiamo la possibilità di estendere la copertura alle attività di **Sindaco, Membro ODV, Membro CDA.**

**MODULO DI PROPOSTA***da trasmettere a:****e-mail: [convenzioneavvocati@brokeritaly.com](mailto:convenzioneavvocati@brokeritaly.com)******Fax: +39 0658157933*****NOTE IMPORTANTI**

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre **compilare, datare e firmare** la presente proposta solo dopo un'attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

(1.1) Nome e Cognome del Proponente \_\_\_\_\_

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo del Proponente:

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Data di inizio dell'attività \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Anno di iscrizione all'albo \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sito Web: www \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

( 1.2/1.3) Denominazione in caso di Studio Associato: \_\_\_\_\_

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello Studio Associato:

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Sito Web: www \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Data costituzione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

(1.3) In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	QUALIFICA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

**2. Massimale richiesto**250.000,00 € 2.000.000,00 € 500.000,00 € 2.500.000,00 € 1.000.000,00 € 5.000.000,00 € 1.500.000,00 € Altro 

indicare: € \_\_\_\_\_

**3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?**Sì No 

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

Nome Assicuratore: \_\_\_\_\_

Massimale: € \_\_\_\_\_

Franchigie o Scoperti: € \_\_\_\_\_

Premio Lordo: € \_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Retroattività: \_\_\_\_\_

**4. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?**Sì No 

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?**Sì No 

Se sì, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?**

Si No 

se si, fornire dettagli

---

---

7 L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti?

Si No 

Se si, riportare qui sotto l'elenco delle società aggiornato alla data di compilazione del questionario:

NOME SOCIETA'	SETTORE MERCEOLOGICO	DATA

7.1 L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si  No
- che sono stati dichiarati in stato di fallimento Si  No
- che sono stati sottoposti a concordato preventivo Si  No
- che sono stati oggetto di amministrazione straordinaria Si  No
- che sono stati dichiarati in stato di liquidazione coatta amministrativa Si  No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si  No

Se si fornire ulteriori dettagli:

---

---

---

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

**Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.**

*Data*

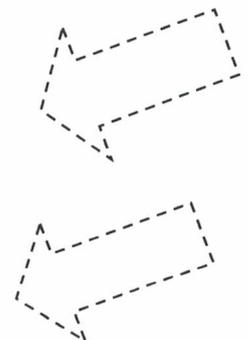
\_\_\_\_\_

*Nome e funzione di chi firma*

\_\_\_\_\_

*Timbro e firma*

\_\_\_\_\_



**IMPORTANTE**

BROKERITALY si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

## NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

BROKERITALY si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è BROKERITALY con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

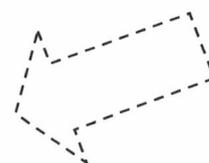
**Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).**

Data

---

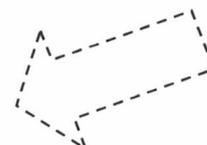
Nome e funzione di chi firma

---



Timbro e firma

---



## Allegato No.1

Composizione del fatturato per:

**AVVOCATO**

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria (estensioni sempre operanti, es. libera docenza, studi associati, ...)	€	€

**Se il professionista esercita le seguenti attività, barrare e indicare relativo fatturato:**

(In caso di assenza di barratura l'attività si considera come non esercitata dal professionista)

Sindaco – Revisore dei conti/Revisore legale	<input type="checkbox"/>	€	€
Amministratore	<input type="checkbox"/>	€	€
Custode giudiziario ex L. 80/2005	<input type="checkbox"/>	€	€
Arbitro	<input type="checkbox"/>	€	€
Procedure Esecutive Immobiliari ex L. 3 Agosto 1998 n. 302	<input type="checkbox"/>	€	€
Perito del Tribunale	<input type="checkbox"/>		
Patrocinatore stragiudiziale	<input type="checkbox"/>	€	€
Altro	<input type="checkbox"/>	€	€

<b>TOTALE</b>	€	€
---------------	---	---

\*\* Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

---



---



---

Data

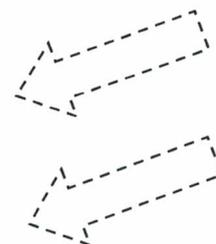
---

Nome e funzione di chi firma

---

Timbro e firma

---



## Allegato No.2

### FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

*Data*

---

*Nome e funzione di chi firma*

---

*Timbro e firma*

---

