

CONTRAENTE/ASSICURATO (obbligatorio).....  
 NUMERO DI POLIZZA.....  
 DATA DI SCADENZA.....  
 CODICE FISCALE (obbligatorio) .....  
 INDIRIZZO E-MAIL CONTRAENTE (obbligatorio).....

1	L'anagrafica del contraente/assicurato ha subito variazioni nell'ultima annualità? Se si fornire dettagli (in caso di cambio indirizzo, indicare se si tratta di residenza o di studio):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Si prega di compilare lo split del fatturato alla pagina seguente.		
3	La tipologia dell'attività svolta ha subito delle variazioni rispetto a quanto precedentemente comunicato (es. perito del tribunale, EDP, sindaco, assistenza fiscale – visto leggero...)? Se si fornire dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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? Se si allegare dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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? Se si allegare dettagli:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	RINNOVO AUTOMATICO (solo per polizze Lloyd's)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7	CONTINUOUS COVER (+10% di sovrappremio)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**N.B. In caso di spazio insufficiente per il completamento delle risposte, prego fornirle allegando un foglio di integrazione datato e firmato.**

**ATTENZIONE:**

In caso di sinistro e/o circostanze note UIA Srl verificherà la fattibilità e le condizioni di rinnovo con gli assicuratori. Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto presa visione dei documenti componenti il Set Informativo versione 01\_2019 come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 dell'IVASS scaricabili dall'indirizzo [www.uiainternational.net/prodotti](http://www.uiainternational.net/prodotti).

**Il contratto Lloyd's non prevede il tacito rinnovo. Non è quindi previsto il periodo di mora, il contratto cesserà ogni suo effetto alla scadenza indicata nel modulo/certificato di polizza.**

**Il contratto Tokio Marine Hcc non prevede la regolazione premio, ma prevede il tacito rinnovo. Non è comunque previsto il periodo di mora.**

Il presente contratto di rinnovo sarà normato secondo il codice della privacy (art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - regolamento europeo 2016/679 e s.m.i.

*Underwriting Insurance Agency S.r.l.*

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

DATA ...../...../.....

FIRMA DELL' ASSICURATO



Underwriting Insurance Agency S.r.l.  
 Sede Legale: Via Donizetti, 3 - 20122 Milano  
 Sede Operativa: Corso Sempione, 61 - 20149 Milano Tel: 02 54 122 532 Fax: 02 54 019 598  
 E-mail: gestioneportafoglio@uiainternational.net - Web: www.uiainternational.com - P.I. 08666021004 - R.E.A. 1110118

**ALLEGATO N°1 - SPLIT DEL FATTURATO PER COMMERCIALISTA**

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
<b>ATTIVITA' ORDINARIA</b> Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Curatore, Commissario <input type="checkbox"/> EDP* <input type="checkbox"/> Altro (es. Consulenza ecc) _____ <input type="checkbox"/> Certificazione obbligatoria (obbligatorio compilare la tabella a fine pagina) <input type="checkbox"/> Certificazione volontaria  Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730 <input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
<input type="checkbox"/> Visto Pesante** prego allegare copia della procura ricevuta dall'Agenzia delle Entrate	€	€
<input type="checkbox"/> Mediazione/Conciliazione	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti (obbligatorio compilare la tabella a fine pagina)  Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (obbligatorio compilare la tabella a fine pagina)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (obbligatorio compilare la tabella a fine pagina)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (obbligatorio compilare la tabella a fine pagina)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati _____ Numero di Super Condomini amministrati _____	€	€
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	€	€
<input type="checkbox"/> Delegato alle vendite <input type="checkbox"/> Custode giudiziario	€	€
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche (precisare) _____	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)?      Si       No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio)      Si       No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

\*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).

Nel caso vengano svolte le mansioni di Sindaco, Revisore legale dei Conti, Amministratore Membro del C.D.A., Membro di Organismo di Vigilanza, Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento e Certificazione obbligatoria è **obbligatorio** compilare la seguente tabella:

ATTIVITA'/MANSIONE (in caso di Studio indicare anche il cognome e nome)	NOMINATIVO DELLA SOCIETÀ	SETTORE MERCEOLOGICO DELLA SOCIETÀ	DATA DI INIZIO ATTIVITÀ / MANSIONE	DATA DI FINE ATTIVITÀ/ MANSIONE

DATA ...../...../.....

FIRMA DELL' ASSICURATO

.....



Underwriting Insurance Agency S.r.l.

Sede Legale: Via Donizetti, 3 - 20122 Milano  
 Sede Operativa: Corso Sempione, 61 - 20149 Milano Tel: 02 54 122 532 Fax: 02 54 019 598  
 E-mail: gestioneportafoglio@uiainternational.net - Web: www.uiainternational.com - P.I. 08666021004 - R.E.A. 1110118