

**MODULO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DEGLI ESBORSI CONSEGUENTI A RESPONSABILITÀ CIVILE
DEI COMMERCIALISTI, DEI CONSULENTI DEL LAVORO e DEGLI AVVOCATI**

1. CONTRAENTE (ASSICURANDO)	Nome e Cognome: _____			
	Codice Fiscale: _____			
	Denominazione: _____ (in caso di Studio Associato o Società)			
	Codice Fiscale: _____			
2. DOMICILIO O SEDE LEGALE	Cap. _____ Città _____ Prov. _____			
	Pec: _____			
	Via _____ Tel.: _____ Email: _____			
3. PROFESSIONISTI CHE FORMANO LO STUDIO O SOCI OPERATIVI DELLA SOCIETA' dichiarare per ciascuno la Professione abilitata da riferire nel seguito del modulo con il loro rispettivo numero	N.1	<input type="checkbox"/> ATTIVITA' PROF. <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro	NOME E COGNOME	CODICE FISCALE
	N.2	<input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.3	<input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.4	<input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.5	<input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.6	<input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
4. DECORRENZA POLIZZA <small>(decorrenza non prima della data di firma del presente Modulo, scadenza un anno dopo fine mese)</small>	Dalle ore 24.00 del ____ / ____ / ____ alle ore 24.00 del ____ / ____ / ____			
	Retroattività richiesta: illimitata			
5. LIMITE DI INDENNIZZO RICHIESTO (selezionare) Massimale per sinistro e per periodo di assicurazione	<input type="checkbox"/> € 500.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 4.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 7.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00			
6. FRANCHIGIA O SCOPERTO PRESCELTI (selezionare)	Franchigia Fissa senza scoperto <input type="checkbox"/> € 1.500,00 ¹ <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 10.000,00 <input type="checkbox"/> € 25.000,00 <input type="checkbox"/> € 50.000,00 <input type="checkbox"/> € 150.000,00			
	Franchigia Relativa senza scoperto: <small>(sotto tale importo non viene pagato alcun costo o indennizzo, oltre il risarcimento avviene senza decurtazione di alcuna franchigia o scoperto)</small>			<input type="checkbox"/> € 2.500,00
	Scoperto del 10% del danno con il minimo di <input type="checkbox"/> € 1.000,00 ¹ <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 12.500,00			
7. SOCIETÀ EDP Si intende estendere l'assicurazione alla Società di Servizi EDP a fianco precisata?	(SI/ NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare:			
	Denominazione: _____			
	Sede Legale: _____			
	Il contraente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione ed ad integrazione della sua attività professionale:			In caso contrario fornire dettagli:

1- Non disponibile in abbinamento a massimali di Euro 3 Milioni o superiori.

8. ESTENSIONI SOGGETTE A PREMIO ADDIZIONALE (Art. 1.3.2) (indicare SI – NO ed il numero di riferimento del Professionista o dei Professionisti per cui l'estensione è richiesta) Nel caso sia richiesta l'estensione all'attività di Sindaco/Revisore di Società Quotate si prega fornire la lista delle Società Ragione Sociale: _____ REA: _____ P.IVA: _____ Ragione Sociale: _____ REA: _____ P.IVA: _____	_____ (SI/NO) Funzioni di Sindaco o Revisore e/o Controllo Contabile - Revisione Legale in Società o Enti non quotate <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Funzioni di Sindaco e/o Controllo Contabile - Revisione Legale per Società quotate (indicare dettagli a lato) <i>Estensione richiesta per i Professionisti.</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Funzione di Revisore in Comuni e Province o altri Enti pubblici <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Valutazione di partecipazioni sociali non quotate <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Spese di difesa penale <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Assistenza fiscale mediante apposizione visto di conformità esclusi Mod. 730 <i>massimale Euro 3.000.000,00 per anno e sinistro</i> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Assistenza fiscale mediante apposizione visto di conformità compresi Modelli 730 <i>massimale Euro 3.000.000,00 per anno e sinistro</i> <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____

Le risposte alle domande che seguono devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo:

9. PRECEDENTI ASSICURATORI	Esiste o sono esistite altre polizze per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando o di taluno dei suoi Associati? (SI/NO) _____ da quale ANNO esiste assicurazione continuativa: _____ In caso di risposta affermativa allegare copia integrale dell'ultimo contratto di assicurazione
10. POLIZZE RIFIUTATE	L'Assicurando o taluno degli altri Professionisti operativi che formano lo Studio o la Società contraente, ha mai avuto polizze professionali annullate per sinistro, rifiutate, rinnovate o accettate a condizioni speciali? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa fornire dettagli tramite allegato.
11. SANZIONI	L'Assicurando o taluno degli altri Professionisti da assicurare ha mai subito sanzioni disciplinari o provvedimenti di sospensione dall'esercizio dell'attività professionale? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa fornire dettagli tramite allegato.
12. SINISTRI PRECEDENTI	L'Assicurando o taluno degli altri Professionisti operativi che formano lo Studio o la Società contraente ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa fornire dettagli tramite allegato.

Il sottoscritto dichiara, per conto proprio e degli altri Professionisti operativi che formano lo Studio o la Società Contraente:

a) di non essere a conoscenza di alcuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;	In caso contrario fornire dettagli:
b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;	In caso contrario fornire dettagli:
c) di non aver ricoperto cariche sociali , diverse da quella di Curatore , presso società o enti che si trovino, alla data odierna, in procedura da sovraindebitamento, in stato di fallimento, liquidazione giudiziaria, liquidazione coatta, amministrazione controllata, amministrazione straordinaria, in concordato preventivo, con convenzione moratoria, con piano di ristrutturazione soggetto ad omologazione o simili procedure concorsuali (salvo la relativa procedura sia stata omologata o approvata dall'Autorità competente). (la domanda riguarda sia gli incarichi in corso che quelli cessati e svolti in qualsiasi epoca passata).	In caso contrario fornire dettagli:
d) Ai sensi degli Artt. 62 e 73 del Regolamento IVASS 40/2018, il Contraente esprime il proprio consenso alla trasmissione della documentazione unicamente in formato digitale . Questa scelta è revocabile in qualsiasi momento e per ciascuna delle tre categorie.	In caso contrario indicare i documenti richiesti in forma cartacea 1. Documentazione precontrattuale cartacea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2. Polizza cartacea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 3. Comunicazioni cartacee: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) la firma su questo modulo proposta non vincola il sottoscritto e le persone assicurabili a stipulare il contratto di assicurazione. Tuttavia il sottoscritto dichiara e conviene, in nome proprio e degli altri Professionisti che formano lo Studio o la Società agli effetti degli articoli 1891, 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, che le dichiarazioni e informazioni fornite in questo modulo e negli allegati allo stesso sono veritiere e formeranno parte integrante del contratto di assicurazione a tutti gli effetti qualora si decida di stipularlo. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;	
f) In ottemperanza all'Art.56 del Regolamento IVASS n.40 del 2/8/2018 e successive modifiche, l'Assicurando dichiara di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del presente modulo, quanto segue: • Informativa sul Distributore (mediante Mod. 3 Vers.2.2-31.7.24); • Informazioni sulla Distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP (mediante Mod. 4-CNASA – Vers. 2.2 – 31.7.2024) nonché, in caso di collaborazione orizzontale, il modello conforme all'Allegato 4 rilasciato dall'intermediario che entra in contatto con il Contraente; • il SET informativo Mod. SET1304/2024 composto dal Documento Informativo Precontrattuale DIP modello: DIP1304-2024 e Dip Aggiuntivo modello DIP-AGG1304/2024 , nota informativa, glossario, condizioni di assicurazione ed informativa privacy.	
g) Agli effetti della Legge sulla "Privacy" Regolamento UE 2016/679, si autorizzano gli Assicuratori e l'Intermediario a far uso di queste informazioni unicamente per la stipulazione/gestione dell'Assicurazione proposta in questo modulo.	

(luogo)

(data)

(L'Assicurando)

***** **NON OMETTERE DI DATARE E FIRMARE** *****

INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

Ai sensi della vigente normativa, il distributore assicurativo ha l'obbligo di consegnare, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione, al contraente il presente documento. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I		
SEZIONE I - Informazioni generali relative all'intermediario che entra in contatto con il contraente		
soggetto iscritto al registro unico degli intermediari assicurativi		Nota per il contraente
Cognome e Nome	Qualifica	
Nosenzo Alessandro	amministratore	
Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi		
Numero	Data	Sezione
B000178780	27.4.2007	B
Attività svolta per conto di		
Ragione sociale	Nosenzo Insurance Brokers Srl	
Sede legale ed operativa	Via Vincenzo Bellini, 4 20122 MILANO MI	
Telefono	+39 02 45074081	
Fax	+39 039 2302955	
Posta elettronica Certificata	info@pec.nosenzo.it	
Posta elettronica	info@nosenzo.it	
Sito Internet	www.nosenzo.it	
Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi		
Numero	Data	Sezione
B000172587	1.6.2007	B
Gli estremi possono essere controllati sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it)		
Gli estremi possono essere controllati sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it)		
Sezione II - Informazioni relative all'attività svolta dall'intermediario assicurativo e Riassicurativo		
<p>a) i seguenti elenchi sono stati pubblicati nel sito internet www.nosenzo.it/idd e sono messi a disposizione nei locali della sede del distributore:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elenco degli obblighi di comportamento cui adempiamo indicati nell'allegato 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018; <p>b) nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza si segnala la possibilità per il contraente di richiedere la consegna o la trasmissione dell'elenco sub a.1.</p>		
Sezione III - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto di interessi		
<p>La Nosenzo Insurance Brokers Srl e le persone riportate nella tabella 1.1 NON detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una impresa di assicurazione.</p> <p>Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della Nosenzo Insurance Brokers Srl.</p>		



20122 MILANO MI
Via Vincenzo Bellini, 4
TEL. 0245074081
email: info@nosenzo.it - PEC: info@pec.nosenzo.it
Web: <https://www.nosenzo.it>

Sezione IV - Informazioni sulle forme di tutela del contraente

L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di Legge.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi **all'Autorità Giudiziaria** ovvero di ricorrere a **sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie** previsti dalla normativa vigente, di proporre reclamo per iscritto alla Nosenzo Insurance Brokers Srl come segue:

- o email: reclami@nosenzo.it, pec: info@pec.nosenzo.it, sito web <https://www.nosenzo.it/>
- o posta: Nosenzo Insurance Brokers Srl Via Vincenzo Bellini, 4 20122 Milano MI

Qualora il contraente o l'assicurato non dovessero ritenersi soddisfatti dell'esito del reclamo o in caso di assenza di risposta entro 45 giorni da parte dell'intermediario o dell'Impresa, ci si potrà rivolgere all'IVASS Servizio Vigilanza Intermediari Via del Quirinale, 21 00187 ROMA RM allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente.

Inoltre, qualora il contratto sia stato proposto attraverso accordi di collaborazione fra Intermediari, gli intermediari rispondono in solido fra loro per gli eventuali danni sofferti dal contraente o dall'assicurato ed i reclami possono essere presentati ad uno qualsiasi degli intermediari.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al:

Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o Consap S.p.A. - Via Yser, 14 - 00198 Roma Contatti: 0685796537 - 0685796534 - 0685796218 Fax:0685796538 E-mail: fondobrokers@consap.it oppure PEC: consap@pec.consap.it per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.

Milano, 31 luglio 2024

Nosenzo Insurance Brokers Srl

**INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP
(DIVERSO DA PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO)**

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

Nosenzo Insurance Brokers Srl CCIAA/N. REA MI-2634195 RUI: B000172587

Sezione I - Informazioni sul modello di distribuzione
La Nosenzo Insurance Brokers Srl non agisce su incarico del Cliente ma agisce come delegato all'accettazione dei rischi della CNA Insurance Company (Europe) S.A.;
Sezione II – Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza.
La Nosenzo Insurance Brokers Srl, con riguardo al contratto proposto, non agisce su incarico del cliente e NON fornisce una consulenza basata su una analisi imparziale e personale.
La Nosenzo Insurance Brokers Srl propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongano di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.
Sezione III – Informazioni relative alle remunerazioni
Il compenso ricevuto dai soggetti che partecipano alla distribuzione del prodotto è rappresentato da una provvigione inclusa nel premio assicurativo.
Sezione IV - Informazioni sul pagamento dei premi
Ai sensi dell'articolo 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n.209, i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.
Le modalità di pagamento dei premi sono: <ol style="list-style-type: none">1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on-line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.
La Nosenzo Insurance Brokers Srl ha un accordo in corso di validità che la autorizza ad incassare i premi per conto di: CNA Insurance Company (Europe) S.A. Pertanto IL PAGAMENTO DEL PREMIO eseguito in buona fede al Broker ai sensi dell'art.118 del d. lgs. 209/2005 HA EFFETTO LIBERATORIO nei confronti del contraente e conseguentemente IMPEGNA l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Milano, 31 luglio 2024

Nosenzo Insurance Brokers Srl

