



RCP E&O (Errori ed Omissioni) - Non Regolamentate

IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome/Nome - Ragione Sociale	
Indirizzo:	Località:
Prov.:	Cap:
Codice Fiscale:	Partita IVA:
Comune di Nascita:	Prov.:
Data di Nascita:	N. ed Anno di iscrizione ad Albo (se esistente):
Anno di inizio Attività:	n. _____ anno _____
Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del:	Attività Esercitata:
Tacito Rinnovo NO	Indirizzo email:
	Numero di cellulare:
	Sito Web:

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

N	Cognome e Nome	C.F. / P. IVA	Anno Inizio Attività

Nel caso in cui l'Assicurato sia Studio Associato / Società, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti al di fuori dello Studio Associato / Società:

SI NO

* Se SI ricordarsi di sommare gli introiti dei singoli a quelli dello studio / società per la determinazione del Premio

LISTA GARANZIE

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario.

Garanzia Base	SI	
Ingiuria e diffamazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Violazione del segreto professionale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Copertura all'attività svolta dai singoli professionisti /soci/associati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Perizie, Consulenze, Certificazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D.lgs. n. 81/2008	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D.lgs. n. 624/1996	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Qualora il Proponente l'attività di 81/08 e/o di 624/96 dichiara che il fatturato supera il 40% rispetto a quello totale? Se Si indicarne la percentuale: ___ %	SI	NO
---	----	----

Il Proponente, nell'esercizio della sua attività professionale, intrattiene rapporti di lavoro con soggetti (persone fisiche, giuridiche, enti privati o pubblici): a) contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC (a mero titolo esemplificativo, Cuba, Iran, Iraq, Corea del Nord, Somalia, Sudan, Libia, Siria, ecc.) b) in Paesi presenti in liste d'embargo o per i quali sono previste sanzioni da parte dell'ONU, dall'Unione Europea, dagli Stati Uniti d'America	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
---	--	--

Il Proponente è a conoscenza che l' Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, costo, sinistro o spesa, sia preventiva, correttiva o di altro genere, direttamente od indirettamente derivante da, o relativa a: a. il calcolo, la comparazione, la differenziazione, la messa in sequenza o l'elaborazione di dati che comporti il cambiamento della data per l'anno 2000, od ogni altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, relativamente a qualunque sistema informatico, hardware, programma o software e/o qualsiasi microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'Assicurato o non; b. qualsiasi cambiamento, variazione, modifica che comporti il cambiamento di data per l'anno 2000, o altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, ad uno qualsiasi di tali sistemi informatici, hardware, programma o software e/o qualunque microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'assicurato o non.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza che l' Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta danni, costo, costo della difesa, spesa, multa, penale, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo derivante da: a. un Incidente Cyber, a meno che non sia soggetto alle disposizioni del paragrafo 2; b. un Atto Cyber; c. una violazione della Legge sulla Protezione dei dati da parte dell' Assicurato , o delle parti che agiscono per conto dell' Assicurato , che implichi l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Fermi tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa polizza, o di qualsiasi appendice di essa, il sottoparagrafo a. non si applicherà a qualsiasi richiesta danni per responsabilità civile derivante da qualsiasi negligenza, errore o omissione, effettivo o affermato, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'uso o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati

DETTAGLIO FATTURATO

Passato esercizio: €	Stima esercizio corrente: €
-----------------------------	------------------------------------

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Proponente dichiara di generare fatturato fuori dalla Comunità Europea (esclusi Usa e Canada)? In particolar modo in Russia, Bielorussia, Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson, Zaporizhzhya (regioni dell' Ucraina occupati dalla Russia) Afghanistan, Cuba, Iran, Venezuela, North Korea, Sudan, Syria, Myanmar e/o in altri paesi soggetti a sanzioni/embargo (Please State If Part Of Turnover Arises From Russia, Belarus, Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson, Zaporizhzhya (regions of Ukraine occupied by Russia) Afghanistan, Cuba, Iran, Venezuela, North Korea, Sudan, Syria, Myanmar, Or Other Countries Subject To Sanctions Or Embargoes)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Massimale € 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00
 € 2.500.000,00

Franchigia Ordinaria: a partire da 500 euro e variabile in base alla tipologia di attività.

Retroattività Richiesta: 0 anni 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni Illimitata
 Come in corso/fino a 10 anni se continuativamente assicurato

INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se si compilare i campi seguenti</i>	
Compagnia: Data di Inizio: Massimale: Franchigia:	Data di Scadenza: Retroattività: N. di anni di copertura precedente continua: Premio Pagato:

INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti si prega di fornire di seguito tutti i dettagli possibili, principalmente Numero Sinistri / Circostanze e Importo del Danno, ALLEGANDO DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

Numero Sinistri/Circostanze: _____

Importo del/i Danno/i: _____

Descrizione Evento/i: _____

DICHIARAZIONI

Il proponente autorizzato alla firma del presente Modulo di Proposta, dichiara:

- **di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;**
- **che le informazioni contenute nel presente Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, L'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. " RC Errori ed Omissioni. Edizione ITA-08-23" e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare DIP RC Professionale - RC Errori ed Omissioni e DIP Aggiuntivo RC Professionale - RC Errori ed Omissioni 09/2023 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni;**
- **di aver ricevuto e di accettare, informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3, 4 e 4-Ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, Provvedimento n. 97/2020 e s.m.i.;**
- **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della HECA UNIPERSONALE S.R.L.;**
- **di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>

FIRMA QUI >>_____ DATA >>>_____

Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " *RC Errori ed Omissioni. Edizione ITA-08-23* "

• **AVVERTENZE**

• **CONDIZIONI GENERALI**

Art. 1 Dichiarazioni Inesatte e reticenze; Art. 2 Altre Assicurazioni; Art. 5 Aggravamento del Rischio; Art. 7 Recesso in caso di Sinistro; Art. 11 Diritto di surrogazione; Art. 14 Domande giudiziali; Art. 15 Foro Competente; Art. 16 Recesso dal Contratto; Art. 19 Clausola Europea di Notifica Atti e Giurisdizione.

• **CONDIZIONI PARTICOLARI**

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 2 Esclusioni; Art. 3 Validità Della Garanzia - Retroattività; Art. 4 Estensione Territoriale; Art. 5 Massimali, Scoperti, Franchigie e Spese di Difesa; Art. 6 Cessazione dell'Assicurazione; Art. 7 Cessazione dell'attività (Garanzia Postuma); Art. 8 Garanzie Aggiuntive sempre operanti; Art. 9 Garanzie Aggiuntive valide se espressamente richieste e richiamate nella scheda; Art. 10 Obblighi in caso di sinistro; Art. 11 Mandato al Perito dell'Assicurazione;

• **ESCLUSIONI AGGIUNTIVE**

Art. 12 Clausola millennio; Art. 13 Esclusione del rischio cyber e dati

FIRMA QUI >>_____ DATA >>>_____

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. 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 "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:

Nell'esercizio della propria professione

SI **NO**

Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.

Ho letto e compreso

SI NO

Esistenza di altre coperture assicurative su:

Responsabilità Civile

SI NO

Infortuni

SI NO

Malattia

SI NO

Incendio

SI NO

Furto

SI NO

Cauzioni

SI NO

Previdenza

SI NO

Multi rischi in genere

SI NO

Tutela legale

SI NO

Trasporti

SI NO

Auto

SI NO

Nessuna

SI NO

Altro

SI NO

Quali sono le sue esigenze assicurative?

Premorienza

SI NO

Veicoli

SI NO

Redditi/Finanziamenti

SI NO

Tenore di vita/Patrimonio

SI NO

Beni

SI NO

Responsabilità civile professionale

SI NO

Viaggi

SI NO

Tutela legale

SI NO

Infortuni

SI NO

FIRMA QUI >>_____ DATA >>>_____