

**Modulo di Proposta/Questionario**  
**Responsabilità Civile Agente/Mediatore**  
**Proposta N° XXXXX/X/XXXX**

**IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**  
*Proposer - General Information*

<b>Cognome / Nome – Ragione Sociale</b>				
<b>Indirizzo</b>		<b>Località Comune</b>	<b>Prov</b>	<b>C.a.p.</b>
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Partita IVA</b>	<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Anno di inizio Attività</b>	<b>N° ed Anno Iscr.</b>	<b>Decorrenza dalle ore 24:00 del</b>	<b>Tacito Rinnovo</b>	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Attività Esercitata (es. Ingegnere, Commercialista etc...)</b>				

**INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE**  
*Information about Proposers insured*

<b>N°</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>N° ed Anno Iscr.</b>	<b>Anno Inizio Attività</b>

**SEDI SECONDARIE**  
*Subsidiary Offices*

<b>Via</b>	<b>Città</b>	<b>Cap</b>	<b>Provincia</b>

**LISTA GARANZIE**

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

*Unless otherwise agreed, the following activities and functions are excluded from the insurance.*

<b>Garanzia Base</b>	SI – articolo 1, articolo 5 ed articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione
<b>Spese Ripristino Reputazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  Massimale € 50.000,00 Franchigia € 1.000,00

<b>R.C. della Conduzione dello Studio</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Massimale € 500.000,00 o € 250.000,00 se Massimale di Polizza uguale a € 250.000,00 Franchigia € 750,00
<b>Altro (Elenco Specifiche Attività)</b>	

**INFORMAZIONI SUL FATTURATO**  
*Income (in Euro) - Please Fill Each Section*

<b>Nel passato esercizio</b> <i>Last financial year</i>	<b>Stima per l'esercizio corrente</b> <i>Current financial year forecast</i>

Suddividere il fatturato in relazione ai prodotti finanziari intermediate, specificando la società mandante per ciascuno di essi:

<b>Prodotto Finanziario</b>	<b>Società Mandante</b>	<b>Percentuale di fatturato</b>
Locazione Finanziaria		
Credito al Consumo/Prestiti Personalini		
Rilascio Fideiussioni		
Cauzioni		
Cessione del Quinto /Delega		
Mutui		
Money Transfer		
Altro		

**Massimale per Sinistro / Massimale Annuo Aggregato:**

€ 500.000,00 / € 1.000.000,00       € 750.000,00 / 1.250.000,00       € 1.250.000,00 / € 1.750.000,00

**Franchigia Richiesta:**

€ 1.000,00     altro \_\_\_\_\_

**Retroattività Richiesta:**

da iscrizione OAM

**Postuma Richiesta:**

3 Anni

## INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

*Information about previous policies*

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? <i>Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk?</i>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Compagnia / Insurance Company</b>		
<b>Data di inizio / Inception Date</b>		<b>Data di scadenza / Expiry Date</b>
<b>Massimale / Limit of Indemnity</b>		<b>Retroattività /retroactivity</b>
<b>Premio pagato / Premium</b>		<b>N. di anni di copertura precedente continua</b>
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

*Information about claims*

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? <i>Has the Proposer settled or received request of indemnification, accepted or rejected, or errors, omissions or professional negligence in the last five years?</i>	<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? <i>Is the Proposer aware of fact or circumstances that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

---



---



---



---

## DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. 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;*

- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che
- iii. nessuna informazione inherente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l' ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente 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 della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente 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**

Ruolo aziendale .....

Firma .....

Data ...../...../.....

"Codice della Privacy" (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatci 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.