



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

IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Proposer - General Information

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

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

Information about Proposers insured

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	N° ed Anno Iscr.	Anno Inizio Attività

SEDI SECONDARIE

Subsidiary Offices

Via	Città	Cap	Provincia

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.

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



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

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

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

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

Prodotto Finanziario	Società Mandante	Percentuale di fatturato
Locazione Finanziaria		
Credito al Consumo/Prestiti Personali		
Rilascio Fidejussioni		
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
Compagnia / Insurance Company			
Data di inizio / Inception Date		Data di scadenza / Expiry Date	
Massimale / Limit of Indemnity		Retroattività /retroactivity	
Premio pagato / Premium		N. di anni di copertura precedente continua	
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 inerente 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" comunicati 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.