

**QUESTIONARIO MODULO DI PROPOSTA**

Cognome e Nome dell'Assicurato/Contraente: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ CAP |\_|\_|\_|\_|\_| PR |\_|\_|

Cod. Fisc.: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| P.IVA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data e Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_

Data di Iscrizione all'Albo e Data Inizio Attività: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

PROFESSIONE / ATTIVITA' \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

**SCELTA DEL MASSIMALE**

<input type="checkbox"/> 5.000 €	<input type="checkbox"/> 10.000 €	<input type="checkbox"/> 20.000 €
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**INDICARE L'ATTIVITA' SVOLTA**

<input type="checkbox"/> Dirigenti Tecnici / Dirigenti Legali iscritti all'Albo Speciale / Alte professionalità
<input type="checkbox"/> Organo di vertice
<input type="checkbox"/> Posizioni Organizzative Tecniche e altri dipendenti tecnici
<input type="checkbox"/> Altri Organi / liberi professionisti con incarico funzionale di consulenza delle P.A. soggetti alla Corte de Conti
<input type="checkbox"/> Dirigenti Amministrativi / Attività specifiche / Collegio dei Revisori / Collegio Sindacale
<input type="checkbox"/> Altri Amministratori / Assessori
<input type="checkbox"/> Posizioni Organizzative Amministrative e altri dipendenti Amministrativi
<input type="checkbox"/> Componenti di altri organi collegiali e altre specifiche professionalità

Negli ultimi 5 anni, si sono mai verificate o si è a conoscenza di una o più condizioni tra le seguenti:

- annullamento/rifiuto di concedere o rinuncia a rinnovare la copertura assicurativa per la tutela legale dell'Assicurato? ☐ Si ☐ No
- richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente? ☐ Si ☐ No
- circostanza che possa dare origine ad una perdita/richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? ☐ Si ☐ No

Se è stato risposto 'si' ad una delle domande precedenti, allegare la documentazione disponibile e fornire dettagli:

---

---

**IMPORTANTE:**

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Data

Nome e funzione di chi firma

---

---

Timbro e firma

---

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che, come normato dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui

dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA.  
La firma del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

---

---

Timbro e firma

---

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. 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 "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

---

---

Timbro e firma

---