

Questionario Responsabilità Civile Professionale Tirocinante

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

| | | | | | |
|----------------------------------|------------------|--------------------------------|--|-----------------|--------|
| 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 | | | |
| | | | | | |
| Attività Esercitata | | | | | |
| | | | | | |
| Indirizzo Email _____ | | | Cellulare (obbligatorio per procedere con FEA) | | |
| | | | (Inserire qui il proprio cellulare) _____ | | |

2. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO

| | | |
|-----------------|-------------|--------------------|
| Ragione Sociale | Partita Iva | Indirizzo Completo |
| | | |

3. PAGAMENTO POLIZZA

- Il Tirocinante Paga il Premio di Polizza L'Azienda Paga il Premio di Polizza

4. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

- € 150.000,00 (ove disponibile) € 250.000,00 € 500.000,00 altro _____

Franchigia Richiesta:

- € 500,00 altro _____

Durata Polizza:

- 6 (sei) mesi 1 (uno) anno

5. LISTA GARANZIE

| | |
|------------------------------|----|
| Garanzia Base | SI |
| Altro (Specificare Attività) | |

6. RETRIBUZIONE TOTALE PERCEPITA DAL TIROCINANTE

| |
|---------|
| € _____ |
|---------|

7. 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 |
| Compagnia | | | |
| Massimale | | Retroattività | |
| Franchigia | | | |
| Premio pagato | | N. di anni di copertura precedente continua | |
| Data di inizio | | Data di scadenza | |
| ** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio. | | | |
| Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

8. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

| | |
|--|---|
| 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 |
| 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 |

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 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 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;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 sicui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

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.

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli di seguito richiamati:

Capitolo 1 – NORME COMUNI Articolo 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modulo di Proposta; Articolo 3 - Coesistenza di altre Assicurazioni; Articolo 6 - Cessazione e Rinnovo del Contratto; Articolo 6.1. - Clausola del tacito rinnovo dell'Assicurazione; Articolo 7 - Modifiche / Cessione dell'Assicurazione; Articolo 8 - Aggravamento del rischio; Articolo 10 - Recesso in caso di sinistro; Articolo 14 - Foro competente e procedura di mediazione. **Capitolo 2 – COSA È ASSICURATO. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** Articolo 16 - Oggetto dell'Assicurazione - "Claims Made"; Articolo 17 - Condizioni relative al Periodo di Retroattività. **Capitolo 3 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA SEMPRE OPERANTI** Articolo 19 - Estensioni della Copertura Assicurativa. **Capitolo 4 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA ACQUISTABILI SEPARATAMENTE** Articolo 20 - Estensioni della Copertura Assicurativa a Pattuizione Espressa. **Capitolo 5 – COSA NON È ASSICURATO. ESCLUSIONI** Articolo 21 - Esclusioni; Articolo 22 - Casi di cessazione dell'Assicurazione. **Capitolo 6 – NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI** Articolo 24 - Diritti e Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 26 - Vertenze e costi di difesa; Articolo 27 - Maggior Tempo per la notifica delle Richieste di Risarcimento; Articolo 28 - Diritto di Surrogazione; Articolo 29 - Massimale - Sotto Limiti di Indennizzo; Articolo 30 - Franchigia / Scoperto.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatici 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.