



MODULO DI PROPOSTA
RC PROFESSIONALE SEZ. A DEL R.U.I.

1)
Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente _____
Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____
Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____
Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____
Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) _____
Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____
Iscritto SNA: Si No
Se SI da quale data (GG/MM/AA)? _____
Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2)

LIMITE DI INDENNIZZO	<input type="checkbox"/> Massimali per sinistro e per anno (minimi di legge)	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 Massimale Unico
RICHIESTO		
Massimale per sinistro		
Massimale per periodo		

3)

FRANCHIGIA (Crocesegnare)	<input type="checkbox"/> € 1.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000,00	N.B: Montante provvigioni lorde annue fino ad € 700.000,00 - franchigia € 1.000,00 Montante provvigioni lorde annue oltre € 700.000,00 - franchigia € 2.000,00
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4) Il Proponente ha cambiato Società Mandante o domicilio negli ultimi 5 anni? Si No
Se SI, per quali ragioni? _____

5) Data (GG/MM/AA) in cui la Ditta è stata fondata e data (GG/MM/AA) di iscrizione all'Albo degli Agenti di Assicurazione o, per le Ditte fondate dopo il 28/02/2007, al Registro Unico degli Intermediari (RUI) – Sez. A: _____

6)
a) Negli ultimi 5 anni è mai cambiato il nome della Ditta? Si No
Se SI, per quali ragioni? _____

b) Vi sono state fusioni o acquisizioni negli ultimi 5 anni? Si No

7) Indicare nome, qualifica, precedenti esperienze ed età di tutti i soci e/o amministratori:

1. _____
2. _____

8) Per le Ditte o ciascuna filiale indicata nei precedenti punti 1 e 2 e che si desidera includere nella copertura assicurativa, specificare il numero di:

a) Responsabili dell'attività di Intermediazione, rappresentanti legali, amministratori delegati, direttori generali N° _____

b) Dipendenti, collaboratori, preposti, sub-agenti o altri soggetti iscritti in sez. E del RUI N° _____

9) Status giuridico della Ditta: a) Agente Monomandatario b) Agente Plurimandatario



MANDATI IN ESSERE	RICHIESTA COPERTURA	
Compagnia 1)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 2)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 3)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Compagnia 4)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

10) La Ditta piazza rischi con con Lloyd's Insurance Company S.A.? Si No

a) direttamente, attraverso Lloyd's Brokers b) indirettamente, tramite l'intermediazione di altri Agenti e Broker indiretti

11) Durante l'ultimo Esercizio finanziario consolidato quale è stato:

a) il totale dei Premi lordi incassati € _____

b) il totale delle Provvigioni/fatture lorde, compresi eventuali rappel € _____

di cui derivanti dalla vendita di Fondi Pensione Aperti € _____

N.B. Per le Agenzie di nuova costituzione, indicare l'ammontare previsto delle provvigioni per il periodo compreso tra la data di costituzione e il 31/12 dell'anno corrente € _____

12) Provenienza dei volume dei premi (in percentuale): a) Mercato nazionale _____

b) Mercato estero _____

13) Indicate le percentuali dei rischi trattati in relazione al totale delle provvigioni incassate:

ATTIVITÀ	Consolidato anno precedente 20____ (%)	Stima anno successivo 20____ (%)
Linea Persone		
Linea Aziende		
Auto		
Fondi Pensione Aperti		
Vita		
Lloyd's		
Altro – specificare		
TOTALE	100%	100%

14) Indicare tutte le Assicurazioni a copertura del rischio di RC Professionale stipulate negli ultimi 3 anni:

Compagnia	Massimale della polizza	Scoperto/Franchigia	Retroattività	Periodo

15) Relativamente alle precedenti coperture assicurative, si sono mai verificate le seguenti circostanze?

- a) interruzione/recesso Si No
 b) cancellazione Si No
 c) rifiuto di rinnovo Si No
 d) imposizione di clausole particolari Si No

Alle eventuali risposte affermatve dare maggiori dettagli:

16) Sono mai state presentate richieste di risarcimento nei confronti:

- a) della Ditta Si No
 b) di Soci, Amministratori (attuali e non) Si No

Alle eventuali risposte affermatve dare maggiori dettagli:



17) I Soci o gli Amministratori sono a conoscenza di fatti o circostanze che possono dare luogo ad una richiesta di risarcimento nei confronti:

- | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) della Ditta | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) dei soggetti ai quali essa è subentrata | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c) di Soci, Amministratori (attuali e non) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Alle eventuali risposte affermative dare maggiori dettagli:

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 18) Attività di perito del tribunale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 19) Attività di libera docenza e/o formazione | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 20) Attività di conciliazione/mediazione | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

IMPORTANTE

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

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.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.

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
_____	_____	_____

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Set Informativo;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____



ALLEGATO N°1- NO CLAIMS DECLARATION

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ____/____/____. non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
