



RCP Organismo di Mediazione / Conciliazione

IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome/Nome - Ragione Sociale	
Indirizzo: Prov.: Codice Fiscale: Comune di Nascita: Data di Nascita: Anno di inizio Attività: Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del: Tacito Rinnovo NO	Località: Cap: Partita IVA: Prov.: N. ed Anno di iscrizione Albo: Attività Esercitata: Indirizzo email: Numero di cellulare:

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

N	Cognome e Nome	C.F. / P. IVA	Anno Inizio Attività

LISTA GARANZIE

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

Garanzia Base	SI
---------------	----

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, costo, sinistro o spesa, sia preventiva, correttiva o di altro genere, direttamente od indirettamente derivante da, o relativa a: a. il calcolo, la comparazione, la differenziazione, la messa in sequenza o l'elaborazione di dati che comporti il cambiamento della data per l'anno 2000, od ogni altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, relativamente a qualunque sistema informatico, hardware, programma o software e/o qualsiasi microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'Assicurato o non; b. qualsiasi cambiamento, variazione, modifica che comporti il cambiamento di data per l'anno 2000, o altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, ad uno qualsiasi di tali sistemi informatici, hardware, programma o software e/o qualunque microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'assicurato o non.	☐ SI ☐ NO
Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta danni, costo, costo della difesa, spesa, multa, penale, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo derivante da: a. un Incidente Cyber, a meno che non sia soggetto alle disposizioni del paragrafo 2; b. un Atto Cyber; c. una violazione della Legge sulla Protezione dei dati da parte dell'Assicurato, o delle parti che agiscono per conto dell'Assicurato, che implichi l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati. Fermi tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa polizza, o di qualsiasi appendice di essa, il sottoparagrafo a. non si applicherà a qualsiasi richiesta danni per responsabilità civile derivante da qualsiasi negligenza, errore o omissione, effettivo o affermato, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'uso o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati	☐ SI ☐ NO

DETTAGLIO FATTURATO

Passato esercizio: €	Stima esercizio corrente: €
----------------------	-----------------------------

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	☐ SI ☐ NO
Il Proponente dichiara di generare fatturato fuori dalla Comunità Europea (esclusi Usa e Canada)? In particolar modo in: Russia, Bielorussia, Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson, Zaporizhzhya (regioni dell'Ucraina occupati dalla Russia) Afghanistan, Cuba, Iran, Venezuela, North Korea, Sudan, Syria, Myanmar e/o in altri paesi soggetti a sanzioni/embargo .	☐ SI ☐ NO

Massimale ☐ € 250.000,00 ☐ € 500.000,00 ☐ € 1.000.000,00 ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 2.000.000,00
☐ € 2.500.000,00

Franchigia Ordinaria: a partire da 750 euro e variabile in base alla tipologia di attività.

Retroattività Richiesta: ☐ 0 anni ☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ Illimitata
☐ Come in corso/fino a 10 anni se continuativamente assicurato

INFORMAZIONI SU QUOTAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente ha ricevuto, negli ultimi 60 giorni, quotazioni rilasciate da Liberty Specialty Markets o Compagnie del Gruppo Liberty?		☐ SI ☐ NO
Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		☐ SI ☐ NO <i>Se si compilare i campi seguenti (i campi con * sono obbligatori)</i>
Compagnia Assicurativa	☐ Liberty ☐ Altra Compagnia:	*Data di Scadenza: *Retroattività: *N. di anni di copertura precedente continua: Premio Pagato:
*Data di Inizio: Massimale: Franchigia:		

INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	☐ SI ☐ 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?	☐ SI ☐ NO
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?	☐ SI ☐ NO

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti, si prega di compilare la **SCHEDA SINISTRI** posta in fondo al presente documento e di allegare la documentazione disponibile.

DICHIARAZIONI

Il proponente autorizzato alla firma del presente Modulo di Proposta, dichiara:

- 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;
- che le informazioni contenute nel presente Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. " RC Organismo di Conciliazione. Edizione ITA-08-23" e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare DIP RC Professionale - RC Organismo di Mediazione/Conciliazione e DIP Aggiuntivo RC Professionale - RC Organismo di Mediazione/Conciliazione 08/2023 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni;
- di aver ricevuto e di accettare, informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3, 4 e 4-Ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, Provvedimento n. 97/2020 e s.m.i.;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della HECA UNIPERSONALE S.R.L.;
- di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Modulo di 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 del presente Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Modulo di 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 >>>

FIRMA QUI >>_____ DATA >>>_____

Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " RC Organismo di Conciliazione. Edizione ITA-08-23 "

• AVVERTENZE

• CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Dichiarazioni Inesatte e reticenze; Art. 2 Altre Assicurazioni; Art. 5 Aggravamento del Rischio; Art. 7 Recesso in caso di Sinistro; Art. 11 Diritto di surrogazione; Art. 14 Domande

giudiziali; Art. 15 Foro Competente; Art. 16 Recesso dal Contratto; Art. 19 Clausola Europea di Notifica Atti e Giurisdizione.

• **CONDIZIONI PARTICOLARI**

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 2 Esclusioni; Art. 3 Validità Della Garanzia - Retroattività; Art. 4 Estensione Territoriale; Art. 5 Massimali, Scoperti, Franchigie e Spese di Difesa; Art. 6 Cessazione dell'Assicurazione; Art. 7 Cessazione dell'attività (Garanzia Postuma); Art. 8 Garanzie Aggiuntive sempre operanti; Art. 9 Garanzie Aggiuntive valide se espressamente richieste e richiamate nella scheda; Art. 10 Obblighi in caso di sinistro; Art. 11 Mandato al Perito dell'Assicurazione;

• **ESCLUSIONI AGGIUNTIVE**

Art. 12 Clausola millennio; Art. 13 Esclusione del rischio cyber e dati; Art. 14 Clausola di esclusione materiali chimici e biologici; Art. 15 Limitazione ed esclusione in presenza di sanzioni; Art. 16 Esclusione dell'amianto e delle muffe tossiche.

FIRMA QUI >>_____ DATA >>>_____

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

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:	Nell'esercizio della propria professione ☐ SI ☐ NO
Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.	Ho letto e compreso ☐ SI ☐ NO
Esistenza di altre coperture assicurative su:	Responsabilità Civile ☐ SI ☐ NO
	Infortuni ☐ SI ☐ NO
	Malattia ☐ SI ☐ NO
	Incendio ☐ SI ☐ NO
	Furto ☐ SI ☐ NO

Cauzioni☐ SI ☐ NO**Previdenza**☐ SI ☐ NO**Multi rischi in genere**☐ SI ☐ NO**Tutela legale**☐ SI ☐ NO**Trasporti**☐ SI ☐ NO**Auto**☐ SI ☐ NO**Nessuna**☐ SI ☐ NO**Altro**☐ SI ☐ NO**Quali sono le sue esigenze assicurative?****Premorienza**☐ SI ☐ NO**Veicoli**☐ SI ☐ NO**Redditi/Finanziamenti**☐ SI ☐ NO**Tenore di vita/Patrimonio**☐ SI ☐ NO**Beni**☐ SI ☐ NO**Responsabilità civile professionale**☐ SI ☐ NO**Viaggi**☐ SI ☐ NO**Tutela legale**☐ SI ☐ NO**Infortuni**☐ SI ☐ NO**FIRMA QUI >>** _____ **DATA >>>** _____

SCHEDA SINISTRO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO
Cognome Nome o Ragione Sociale:
Partita IVA o Codice Fiscale:

DATI SINISTRO
Data dell'evento lesivo origine del sinistro/circostanza (gg/mm/aa): ____ / ____ / ____
Data della ricezione della notifica (gg/mm/aa): ____ / ____ / ____
Ammontare della richiesta risarcitoria: €

Dati del reclamante / danneggiato (Cognome Nome e/o Ragione Sociale):
Ruolo svolto / incarico ricevuto dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro:
Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):
Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:

PROCEDIMENTO GIUDIZIALE	☐ SI	☐ NO
Procedimento Civile – Stato	☐ Iniziale	☐ Definito con Sentenza di assoluzione
	☐ Definito con Sentenza di condanna	☐ Definito con Accordo Transattivo
Procedimento Penale	Imputazione:	Stato: ☐ Aperto ☐ Chiuso

STATO DEL SINISTRO	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?	☐ SI	☐ NO
---------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

Indicare la Riserva predisposta dall'assicuratore precedente: €			
Stato dell'arte del sinistro?	☐ Aperto	☐ Chiuso	☐ Liquidato €...
Se Chiuso indicare motivazione	☐ senza seguito	☐ nessuna responsabilità	☐ sentenza
	☐ mediazione	☐ altro (specificare):	

Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?			
Sviluppo di attività di analisi, registrazione e reporting	Riesame periodico e costante dell'efficacia e dell'efficienza dei metodi di controllo applicati	Rafforzamento dei processi di pianificazione strategica	Training del personale
Sviluppo di procedure uniformi per lo svolgimento delle prestazioni professionali	Redistribuzione dei ruoli e delle responsabilità	Altro (specificare) -	Nessuna

FIRMA QUI >> _____

DATA >>> _____