

## MODULO DI PROPOSTA

**COMMERCIALISTI – ESPERTI CONTABILI - CONSULENTI DEL LAVORO – SOCIETA' DI EDP/CED - TRIBUTARISTI – REVISORI LEGALI DEI CONTI  
ASSICURAZIONE PER ATTIVITÀ DI ASSISTENZA FISCALE - VISTO LEGGERO DLGS N. 241 – 9.7.1997 DM 164 – 31.5.1999 ART. 10 DL 1.7.2009 N. 78  
CONVERTITO A LEGGE N. 102 3.8.2009 e dall' articolo 6 del d.lgs. n° 175 del 21/11/2014 e s.m.i.**

1.  
 Nome del Contraente/Assicurato: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale/P.IVA: \_\_\_\_\_  
 Anno di Iscrizione all'Albo e di Inizio Attività (GG/MM/AA): \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_  
 Data ultimo aggiornamento professionale e nr.crediti conseguiti \_\_\_\_\_

Commercialista  
 Società di EDP/CED
  Esperto Contabile  
 Tributarista
  Consulente del Lavoro  
 Revisore dei conti

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

ATTIVITA' (indicare il fatturato per la sola attività inerente l'apposizione del Visto)	ANNO 2.....	ANNO 2.....
<b>ATTIVITA' ORDINARIA</b> Indicare solo il fatturato totale per l'attività oggetto di copertura  <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale D.lgs. 241 – 9/7/1997 – dm 164 – 31/5/1999 ART. 10 dl 1/7/ n° 78 CONVERTITO IN Legge 3/8/2009 e dall' articolo 6 del d.lgs. n° 175 del 21/11/2014 e s.m.i. NB: contratto soggetto a regolazione fine periodo assicurativo, tasso 2,5 pro mille su fatturato superiore a € 150.000 relativo all'attività indicata	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

4. Massimale concordato: € 3.000.000,00

5. Garanzia richiesta SENZA 730  CON 730

6. Rinnovo Automatico Si  No

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?  
 Si  No

In caso di risposta affermativa compilare lo schema qui sotto riportato con i dati dell'ultima copertura:

Polizza rc professionale
  polizza visto stand alone
  polizza rc professionale con estensione visto

Nome Assicuratore	Periodo di assicurazione	Massimali	Franchigie	Premio Lordo	Retroattività

8. Periodo di retroattività richiesta:  
 Data effetto polizza  Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

9. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si  No

10. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si  No

11. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si  No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte (allegato 1), datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori ai fini di una migliore analisi del rischio.

**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 sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato il 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
_____	_____	_____