

MODULO DI PROPOSTA

Dottore Agronomo e Forestale

Agrotecnico

Perito Agrario

1. Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

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 _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. Settore di attività

Selezionare il tipo di attività svolta nell'ambito del proprio settore (**indicazioni come da scheda riepilogativa a pagina 2**)

- carattere progettuale: studio, progettazione, direzione, contabilità, liquidazione, collaudo di opere pubbliche e private;
- carattere estimativo: rilievo, misura e stima;
- carattere gestionale: direzione, amministrazione, gestione, contabilità, bilancio, inventario, curatela, consulenza di imprese produttive e industriali;
- carattere analitico: statistica, marketing, analisi, accertamento qualitativo dei prodotti agroindustriali, monitoraggio ambientale;
- carattere sperimentale: sperimentazione;
- carattere pianificatorio e programmatico: pianificazione ecologica e ambientale, valutazione di impatto ambientale, pianificazione e programmazione territoriale, zonale, urbanistica, paesaggistica, agrituristica;

3. Informazioni riguardanti la copertura assicurativa

3.1 Massimale richiesto:

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 ALTRO _____

3.4 L'assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Sì No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

.....

3.5 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? Sì No

Se sì, fornire dettagli

.....

3.6 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? Sì No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, Allegando la Documentazione di cui si ha disponibilità

.....

3.7 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? Sì No

Se sì, fornire dettagli

.....

3.8 Rinnovo Automatico Sì No

3.9 Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività Cinque anni Dieci anni Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

3.10 Rc conduzione dello studio (con sottolimito) Sì No

SETTORI DI ATTIVITÀ

Le competenze professionali dei dottori agronomi e dei dottori forestali sono disciplinate dalla legge (L. 7 gennaio 1976, n. 3, mod. dalla L. 10 febbraio 1992, n. 152) secondo la quale i dottori agronomi e i dottori forestali esercitano le attività volte a valorizzare e gestire i processi produttivi agricoli, zootecnici e forestali, a tutelare l'ambiente e, in generale, le attività riguardanti il mondo rurale (art. 2, 1° comma).

L'attività dei dottori agronomi e dei dottori forestali è svolta in tutti i settori che riguardano il territorio rurale e naturale e riguarda i fenomeni biologici affinenti agli altri ambiti territoriali.

I. Settore agrario

II. Settore ambientale

III. Settore edilizio

IV. Settore economico-estimativo

V. Settore urbanistico

VI. Settore territoriale

FATTURATO INERENTE L' ATTIVITA' ESERCITATA

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato relativo ad ogni attività esercitata (indicazioni come da dettaglio attività nel foglio descrittivo in ultima pagina)

	Attività - Descrizione	Anno precedente 2.....	Anno corrente 2.....(stima)
1. I	Settore agrario	€	€
2.	Settore ambientale	€	€
3.	Settore edilizio	€	€
4.	Settore economico-estimativo	€	€
5.	Settore urbanistico	€	€
6.	Settore territoriale	€	€
7.	Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati Numero di Super Condomini amministrati	€	€
8.	Attività ex D. Lgs 81/2008	€	€
	Altro da specificare.....	€	€
	TOTALE	€	€

- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

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
_____	_____	_____