



**MODULO DI PROPOSTA**  
**MODULO DI PROPOSTA RC PROFESSIONALE CONSULENTE DEL LAVORO**

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

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

3. Massimale richiesto 250.000,00 €  500.000,00 €  1.000.000,00 €  1.500.000,00 €  altro € \_\_\_\_\_

4. 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? \_\_\_\_\_

5. 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

6. 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

7. 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 l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

8. 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

9. A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Sì  No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Sì  No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Sì  No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Sì  No

Se sì, fornire dettagli \_\_\_\_\_

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. – art. 2482 ter c.c. ?

Sì  No

Se sì indicare il vecchio capitale \_\_\_\_\_ e il nuovo capitale \_\_\_\_\_



**SPLIT DEL FATTURATO**

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
<b>ATTIVITA' ORDINARIA</b> Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Curatore, Commissario <input type="checkbox"/> EDP* _____ <input type="checkbox"/> Altro (es. Consulenza ecc) _____ <input type="checkbox"/> Certificazione obbligatoria (obbligatorio compilare la tabella alla pagina successiva) <input type="checkbox"/> Certificazione volontaria  <input type="checkbox"/> Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730	€	€
<input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
<input type="checkbox"/> Visto Pesante ** prego allegare copia della procura ricevuta dall'Agenzia delle Entrate	€	€
<input type="checkbox"/> Mediazione/Conciliazione	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti (obbligatorio compilare la tabella alla pagina successiva)  Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (obbligatorio compilare la tabella alla pagina successiva)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (obbligatorio compilare la tabella alla pagina successiva)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (obbligatorio compilare la tabella alla pagina successiva)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini  Numero di Condomini amministrati  Numero di Super Condomini amministrati	€	€
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	€	€
<input type="checkbox"/> Delegato alle vendite	€	€
<input type="checkbox"/> Custode giudiziario	€	€
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche (precisare) _____	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)?      Sì       No

➤ 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

\*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).



Nel caso vengano svolte le mansioni di Sindaco, Revisore legale dei Conti, Amministratore Membro del C.D.A., Membro di Organismo di Vigilanza, Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento e Certificazione obbligatoria è **obbligatorio** compilare la seguente tabella:

ATTIVITA' /MANSIONE (in caso di Studio indicare anche il cognome e nome)	NOMINATIVO DELLA SOCIETÀ	SETTORE MERCEOLOGICO DELLA SOCIETÀ	DATA DI INIZIO ATTIVITA'	DATA DI FINE ATTIVITA'

**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/compileratore 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_