

Questionario Responsabilità Civile Professionale Area Tecnica – Amministratore di Condominio

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome / Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Decorrenza dalle ore 24:00 del		
Attività Esercitata				
Indirizzo Email		Rinnovo (indicare una preferenza; sarà valutata la possibilità di inserimento secondo disposizioni di compagnia)		
		<input type="checkbox"/> cessazione a scadenza <input type="checkbox"/> tacito <input type="checkbox"/> automatico		

2. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	N° ed Anno Iscr.	Anno Inizio Attività	Professione

3. SEDI SECONDARIE

Via	Città	Cap	Provincia

4. CAMBIAMENTI ATTIVITA' SVOLTA

Sono previsti cambiamenti nei prossimi 12 mesi relativamente alla natura dell'attività professionale dichiarata?

SI NO

5. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

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

Franchigia Richiesta:

€ 500,00
 € 750,00
 € 1.000,00
 € 1.500,00
 € 2.000,00
 € 2.500,00
 altro _____

Retroattività Richiesta:

2 Anni
 5 Anni
 10 Anni
 Illimitata
 altro _____

6. LISTA GARANZIE

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

Garanzia Base	SI
Spese Ripristino Reputazione <i>(se presente tra le opzioni di polizza)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
R.C. della Conduzione dello Studio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Superbonus 110%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Giovani Professionisti <i>(se presente tra le opzioni di polizza)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro (Specificare Attività)	

7. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Percentuale di fatturato divisa per area geografica:

Area geografica	% di fatturato lordo ultimo esercizio
Italia	%
Europa	%
Mondo intero escluso USA/Canada	%
USA e Canada	%

Suddivisione per attività

Attività	Nel passato esercizio	Stima per l'esercizio corrente
Attività Ordinaria	€	€

Attività ex Decreto Legislativo N.81 9/4/08	€	€
Superbonus 110%: (compilare ALLEGATO 1)	€	€
Altro (specificare)	€	€
TOTALE	€	€

8. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente ha un cliente che genera più del 50% del totale del fatturato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

In caso di risposta affermativa, indicare ragione sociale, settore di attività del cliente e attività svolta per esso:

9. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Compagnia			
Massimale		Retroattività	
Franchigia			
Premio pagato		N. di anni di copertura precedente continua	
Data di inizio		Data di scadenza	
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.			
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

10. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. 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;
- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente 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 della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

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

ALLEGATO 1

TABELLA DA COMPILARE SOLO PER LA COPERTURA SUPERBONUS 110%

Legge dello Stato 17/07/2020 n. 77 – Decreto Rilancio 110% (Gazzetta ufficiale 18/07/2020 n. 180)

<input type="checkbox"/> Sisma bonus	Massimale richiesto: <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> Altro € _____
<input type="checkbox"/> Asseverazioni	<input type="checkbox"/> 1) Data presunta inizio lavori ___ / ___ / ____ Importo complessivo lavori _____ Condominio/Struttura sito in (indirizzo)
	<input type="checkbox"/> 2) Data presunta inizio lavori ___ / ___ / ____ Importo complessivo lavori _____ Condominio/Struttura sito in (indirizzo)
	<input type="checkbox"/> 3) Data presunta inizio lavori ___ / ___ / ____ Importo complessivo lavori _____ Condominio/Struttura sito in (indirizzo)
	<input type="checkbox"/> 4) Data presunta inizio lavori ___ / ___ / ____ Importo complessivo lavori _____ Condominio/Struttura sito in (indirizzo)
	<input type="checkbox"/> 5) Data presunta inizio lavori ___ / ___ / ____ Importo complessivo lavori _____ Condominio/Struttura sito in (indirizzo)
	Massimale richiesto: <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> Altro € _____
<input type="checkbox"/> Certificazione energetica	Massimale richiesto: <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> Altro € _____
<input type="checkbox"/> Amministratori di condominio	Massimale richiesto: <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> Altro € _____

ATTIVITÀ DI ASSEVERATORE: il sottoscritto _____ dichiara di essere in possesso delle abilitazioni previste dalla legge, di essere iscritto negli Albi/Registri previsti per lo svolgimento dell'attività di asseveratore. La garanzia viene prestata sul presupposto che il professionista sia regolarmente abilitato. La mancanza dei requisiti comporterà la assoluta inoperatività della Garanzia ASSEVERATORE.

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....