

# Questionario Responsabilità Civile Professionale - Professioni NonRegolamentate

## 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 _____		Cellulare (obbligatorio per procedere con FEA) <i>(Inserire qui il proprio cellulare)</i> _____	

## 2. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	N° ed Anno Iscrizione	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    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*

<b>Garanzia Base</b>	<b>SI</b>
<b>Altro (Specificare Attività)</b>	

**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
<b>Attività Ordinaria</b>	€	€
<b>Altro (specificare)</b>	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

**8. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

<b>Il Proponente ha un cliente che genera più del 50% del totale del fatturato?</b>	<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 sicuri 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.

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli di seguito richiamati:

**Capitolo 1 – NORME COMUNI** Articolo 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modulo di Proposta; Articolo 3 - Coesistenza di altre Assicurazioni; Articolo 6 - Cessazione e Rinnovo del Contratto; Articolo 6.1. - Clausola del tacito rinnovo dell'Assicurazione; Articolo 7 - Modifiche / Cessione dell'Assicurazione; Articolo 8 - Aggravamento del rischio; Articolo 10 - Recesso in caso di sinistro; Articolo 14 - Foro competente e procedura di mediazione. **Capitolo 2 – COSA È ASSICURATO. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE** Articolo 16 - Oggetto dell'Assicurazione - "Claims Made"; Articolo 17 - Condizioni relative al Periodo di Retroattività. **Capitolo 3 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA SEMPRE OPERANTI** Articolo 19 - Estensioni della Copertura Assicurativa. **Capitolo 4 – ESTENSIONI DELLA COPERTURA ACQUISTABILI SEPARATAMENTE** Articolo 20 - Estensioni della Copertura Assicurativa a Pattuizione Espressa. **Capitolo 5 – COSA NON È ASSICURATO. ESCLUSIONI** Articolo 21 – Esclusioni; Articolo 22 - Casi di cessazione dell'Assicurazione. **Capitolo 6 – NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI** Articolo 24 - Diritti e Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento; Articolo 26 - Vertenze e costi di difesa; Articolo 27 - Maggior Tempo per la notifica delle Richieste di Risarcimento; Articolo 28 - Diritto di Surrogazione; Articolo 29 - Massimale - Sotto Limiti di Indennizzo; Articolo 30 - Franchigia / Scoperto.

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" comunicatici 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.