

## RCP AGENTI IN ATTIVITA' FINANZIARIA E MEDIATORI CREDITIZI

### IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

<b>Cognome/Nome - Ragione Sociale</b>	
<b>Indirizzo:</b> <b>Prov.:</b> <b>Codice Fiscale:</b> <b>Comune di Nascita:</b> <b>Data di Nascita:</b> <b>Anno di inizio Attività:</b> <b>Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del:</b> <b>Tacito Rinnovo NO</b>	<b>Località:</b> <b>Cap:</b> <b>Partita IVA:</b> <b>Prov.:</b> <b>N. ed Anno Iscrizione:</b> <b>Attività Esercitata:</b> <b>Indirizzo email:</b> <b>Numero di cellulare:</b>

### INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

<b>N</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>C.F. / P. IVA</b>	<b>N. ed Anno di Iscrizione all'Albo</b>	<b>Anno Inizio Attività</b>

## 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>Spese Ripristino Reputazione</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Conduzione dello Studio</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Attività di Recupero Crediti</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>Giovani Professionisti</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

<b>Il Proponente svolge attività di trading e/o consulenza finanziaria (investimenti)?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
--	---

## DETTAGLIO FATTURATO

<b>Passato esercizio: €</b>	<b>Stima esercizio corrente: €</b>
-----------------------------	------------------------------------

## DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Il Proponente dichiara di generare un fatturato <b>superiore al 25%</b> di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)?	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

**Massimale**  500.000,00/ € 1.000.000,00     €750.000,00/ 1.250.000,00     € 1.250.000,00 /  
€ 1.750.000,00

**Franchigia Ordinaria:** € 1.000,00

**Retroattività Richiesta:** da iscrizione OAM

## INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

<b>Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <i>Se si compilare i campi seguenti</i>	
<b>Compagnia:</b>	<b>Data di Scadenza:</b>
<b>Data di Inizio:</b>	<b>Retroattività:</b>
<b>Massimale:</b>	<b>N. di anni di copertura precedente continua:</b>
<b>Franchigia:</b>	<b>Premio Pagato:</b>

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative 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
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

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti si prega di fornire di seguito tutti i dettagli possibili, principalmente Numero Sinistri / Circostanze e Importo del Danno, ALLEGANDO DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

Numero Sinistri/Circostanze: \_\_\_\_\_

Importo del/i Danno/i: \_\_\_\_\_

Descrizione Evento/i: \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI

Il proponente autorizzato alla firma del presente Modulo di Proposta, dichiara:

- 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;
- che le informazioni contenute nel presente Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. " *Modello CondPoIRCPAgMed - Edizione 02-2024* e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIP Agenti e Mediatori Creditizi e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Agenti e Mediatori Creditizi - Edizione 02-24 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni;
- di aver ricevuto e di accettare, informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3, 4 e 4-Ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, Provvedimento n. 97/2020 e s.m.i.;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della HECA UNIPERSONALE S.R.L.;
- di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).

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

## **NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>**

**FIRMA QUI >>** \_\_\_\_\_ **DATA >>>** \_\_\_\_\_

### **Articoli espressamente accettati:**

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " *Modello CondPoIRCPAgMed - Edizione 02-2024.*

- **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 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.**

**FIRMA QUI >>** \_\_\_\_\_ **DATA >>>** \_\_\_\_\_

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

## VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

<p>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:</p>	<p>Nell'esercizio della propria professione <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>												
<p>Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.</p>	<p>Ho letto e compreso <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>												
<p>Esistenza di altre coperture assicurative su:</p>	<p>Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Infortuni <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Malattia <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Incendio <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Furto <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Cauzioni <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Previdenza <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Multi rischi in genere <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Tutela legale <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Trasporti <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Auto <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Nessuna <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Altro <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Quali sono le sue esigenze assicurative?</p>	<p>Premorienza <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Veicoli <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>										

**Redditi/Finanziamenti** SI  NO**Tenore di vita/Patrimonio** SI  NO**Beni** SI  NO**Responsabilità civile professionale** SI  NO**Viaggi** SI  NO**Tutela legale** SI  NO**Infortuni** SI  NO**FIRMA QUI >>****DATA >>>**