

**RCP BROKER****IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**

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

**INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE**

| N | Cognome e Nome | C.F. / P. IVA | N. ed Anno di Iscrizione all'Albo | Anno Inizio Attività |
|---|----------------|---------------|-----------------------------------|----------------------|
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |

LISTA GARANZIE

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

| Garanzia Base                                             | SI                          |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Spese Ripristino Reputazione                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Conduzione dello Studio                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Responsabilità Civile Verso Prestatori Di Lavoro (R.C.O.) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Giovani Professionisti                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

DETTAGLIO ATTIVITA'

| Prodotto Assicurativo                                       |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Linea Persone                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Linea Commercio                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Linea Industria                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Auto                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Vita                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fondi Pensione Aperti                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Lloyd's Coverholder                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Riassicurazione                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Status di Sottoscrittore per Compagnie Italiane o Straniere | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Marine & Aviation                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fideiussioni / Cauzioni                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

DETTAGLIO FATTURATO

Suddivisione in Euro

| Attività           | Nel passato esercizio<br><i>Last financial year</i> | Stima per l'esercizio corrente<br><i>Current financial year forecast</i> |
|--------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Attività Ordinaria | €                                                   | €                                                                        |

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

|                                                                                                                                                                                 |                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Il Proponente ha collocato polizze con massimale superiore a 20 milioni di euro?<br>Se Si indicare somma assicurata e tipologia polizza: _____                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Nel caso in cui il proponente svolga l'attività di Lloyd's Coverholder, il fatturato relativo è superiore al 40% del fatturato totale?<br>Se si indicare la percentuale: ____ % | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**Nel caso in cui il proponente svolga l'attività di Riassicurazione, il fatturato relativo è superiore al 40% del fatturato totale?**

Se SI indicare la percentuale: \_\_\_\_ %

☐ SI

☐ NO

## DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| Italia/Europa   | %            |
| Usa e Canada    | %            |
| Resto del mondo | %            |
| <b>TOTALE</b>   | <b>% 100</b> |

**Massimale:** € 2.500.000,00

**Franchigia Ordinaria:** € 1.000,00

**Retroattività Richiesta:** 5 anni

**Postuma:** 3 anni

## INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

**Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?**

☐ SI ☐ NO

*Se si compilare i campi seguenti*

**Compagnia:**

**Data di Inizio:**

**Massimale:**

**Franchigia:**

**Data di Scadenza:**

**Retroattività:**

**N. di anni di copertura precedente continua:**

**Premio Pagato:**

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

|                                                                                                                                                                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?</b>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>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?</b> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>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?</b>                | <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 DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

# 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 Glossario e Condizioni di Assicurazione che regolano il presente Contratto, contenuto nel Mod "CondPoIRCPBroker" - Edizione 06-25 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- di aver ricevuto il DIP Mod. DIP Broker e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Broker - Edizione 06-25 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento IVASS 41/2018;
- di aver ricevuto la Copia del Modello unico Precontrattuale per i prodotti assicurativi (MUP 3) ai sensi dell'Art.56 comma 8, Regolamento IVASS 40/2018;
- 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 CondPoIRCPBroker - Edizione 06-2025.*

- **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" a Heca Unipersonale S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario à 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Nell'esercizio della propria professione</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>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.</b> | <b>Ho letto e compreso</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      |
| <b>Esistenza di altre coperture assicurative su:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Responsabilità Civile</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Infortuni</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Malattia</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Incendio</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Furto</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                    |

**Cauzioni**☐ SI ☐ NO**Previdenza**☐ SI ☐ NO**Multi rischi in genere**☐ SI ☐ NO**Tutela legale**☐ SI ☐ NO**Trasporti**☐ SI ☐ NO**Auto**☐ SI ☐ NO**Nessuna**☐ SI ☐ NO**Altro**☐ SI ☐ NO**Quali sono le sue esigenze assicurative?****Premorienza**☐ SI ☐ NO**Veicoli**☐ SI ☐ NO**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 >>>** \_\_\_\_\_

## SCHEDA SINISTRO

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO</b> |
| Cognome Nome o Ragione Sociale:            |
| Partita IVA o Codice Fiscale:              |

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATI SINISTRO</b>                                                                    |
| Data dell'evento lesivo origine del sinistro/circostanza (gg/mm/aa): ____ / ____ / ____ |
| Data della ricezione della notifica (gg/mm/aa): ____ / ____ / ____                      |
| Ammontare della richiesta risarcitoria: €                                               |

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dati del reclamante / danneggiato (Cognome Nome e/o Ragione Sociale):                                                                                             |
| Ruolo svolto / incarico ricevuto dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro:                                                                            |
| <b>Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> |
| Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>                       |
| Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>          |

|                                |                                                            |                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCEDIMENTO GIUDIZIALE</b> | <input type="checkbox"/> SI                                | <input type="checkbox"/> NO                                            |
| Procedimento Civile – Stato    | <input type="checkbox"/> Iniziale                          | <input type="checkbox"/> Definito con Sentenza di assoluzione          |
|                                | <input type="checkbox"/> Definito con Sentenza di condanna | <input type="checkbox"/> Definito con Accordo Transattivo              |
| Procedimento Penale            | Imputazione:                                               | Stato: <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso |

|                           |                                                              |                             |                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>STATO DEL SINISTRO</b> | Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

|                                                                        |                                        |                                                 |                                         |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Indicare la <b>Riserva</b> predisposta dall'assicuratore precedente: € |                                        |                                                 |                                         |
| Stato dell'arte del sinistro?                                          | <input type="checkbox"/> Aperto        | <input type="checkbox"/> Chiuso                 | <input type="checkbox"/> Liquidato €... |
| Se Chiuso indicare motivazione                                         | <input type="checkbox"/> senza seguito | <input type="checkbox"/> nessuna responsabilità | <input type="checkbox"/> sentenza       |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> mediazione    | <input type="checkbox"/> altro (specificare):   |                                         |

|                                                                                                                                      |                                                                                                 |                                                         |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?</b> |                                                                                                 |                                                         |                        |
| Sviluppo di attività di analisi, registrazione e reporting                                                                           | Riesame periodico e costante dell'efficacia e dell'efficienza dei metodi di controllo applicati | Rafforzamento dei processi di pianificazione strategica | Training del personale |
| Sviluppo di procedure uniformi per lo svolgimento delle prestazioni professionali                                                    | Redistribuzione dei ruoli e delle responsabilità                                                | Altro (specificare) -                                   | Nessuna                |

FIRMA QUI >> \_\_\_\_\_

DATA >>> \_\_\_\_\_