

## RCP COMMERCIALISTI

### 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 Albo:</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                          |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Amministratore di Stabili                                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Attività di Microcredito                                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Attività di Sindaco, Revisore                                                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Attività di EDP<br>Se Si indicare Ragione Sociale e Fatturato dell'EDP: _____ | <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 |
| Fusioni e Acquisizioni                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Giovani Professionisti                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Liquidatore, Curatore, Commissario                                            | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Membro del Consiglio di Amministrazione/ODV                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto Leggero con 730                                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto Leggero Senza 730                                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto Pesante                                                                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

|                                                                                                                                                                                                                    |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Qualora svolga l'attività di Amministratore di Stabili dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 80%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Sindaco / Revisore dichiara che il numero degli incarichi sia <b>superiore a 8</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Sindaco / Revisore dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore a 150.000,00 euro</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il valore: _____ €                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Fusioni ed Acquisizioni dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 25%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Liquidazione, Curatele e Commissario dichiara che il numero degli incarichi sia <b>superiore a 8</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Liquidazione, Curatele e Commissario dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 50%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Membro del Consiglio di Amministrazione/ODV dichiara che il numero degli incarichi sia <b>superiore a 8</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Qualora svolga le attività di Membro del Consiglio di Amministrazione/ODV dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore a 150.000,00 euro</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il valore: _____ € | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |
| Qualora svolga le attività Visto Pesante dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 10%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: ____%                          | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |        |                    |                     |                                     |                              |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|---------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista è, attualmente, o è stato, in passato, Sindaco o Revisore di società o enti che <b>abbiano avuto o hanno in corso un procedimento relativo alle seguenti situazioni?</b>: fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa (procedure concorsuali previste dal R.D. 267/1942); Alle procedure di amministrazione straordinaria (di cui alla legge 95/1979), stato di insolvenza; Riduzione del capitale per perdite (Art. 2482-bis del Codice Civile) e/o una Riduzione del capitale al disotto del minimo legale (Art. 2482-ter).</p> <p>In caso di risposta affermativa indicare, per la società oggetto del procedimento:</p> <table border="1"> <tr> <td>Ragione sociale:</td> <td>P.IVA:</td> </tr> <tr> <td>Data procedimento:</td> <td>Stato procedimento:</td> </tr> <tr> <td>Tipologia incarico dell'Assicurato:</td> <td>Data inizio e fine incarico:</td> </tr> </table> | Ragione sociale:                                                      | P.IVA: | Data procedimento: | Stato procedimento: | Tipologia incarico dell'Assicurato: | Data inizio e fine incarico: | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |
| Ragione sociale:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | P.IVA:                                                                |        |                    |                     |                                     |                              |                                                                       |
| Data procedimento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Stato procedimento:                                                   |        |                    |                     |                                     |                              |                                                                       |
| Tipologia incarico dell'Assicurato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Data inizio e fine incarico:                                          |        |                    |                     |                                     |                              |                                                                       |
| <p>Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista, svolge attualmente attività di Liquidazioni, Curatele, Commissario, Sindaco o Revisore, o Membro del Consiglio di Amministrazione, per società o enti che <b>operano nei seguenti mercati</b>: finanziario/bancario, assicurativo, utility, farmaceutico e che siano o meno quotate in borsa?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |        |                    |                     |                                     |                              |                                                                       |

## DETTAGLIO FATTURATO TOTALE

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

## DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

|                                                                                                                                       |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 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** ☐ € 250.000,00    ☐ € 500.000,00    ☐ € 1.000.000,00    ☐ € 1.500.000,00    ☐ Altro \_\_\_\_\_

**Franchigia Ordinaria:** a partire da 500 euro per massimale base, variabile con massimali più elevati

**Franchigia Incarichi:**      **2.500,00 €**

**Retroattività Richiesta:** ☐ 0 anni    ☐ 5 anni    ☐ Illimitata

☐ Come da copertura precedente se in continuità assicurativa

## 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<br><i>Se si compilare i campi seguenti</i> |
| Compagnia:                                                                                               | Data di Scadenza:                            |                                                                                                    |
| Data di Inizio:                                                                                          | Retroattività:                               |                                                                                                    |
| Massimale:                                                                                               | N. di anni di copertura precedente continua: |                                                                                                    |
| Franchigia:                                                                                              | Premio Pagato:                               |                                                                                                    |

## 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 compilare la **SCHEDA SINISTRI** posta in fondo al presente documento e di allegare 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 "CondPolRCPAreaFiscale" - Edizione 06-25 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- di aver ricevuto il DIP Mod. DIP Area Fiscale e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Area Fiscale - 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. "CondPolRCPAreaFiscale" - Edizione 06-24.

- **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 del Modulo di 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

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

|                                          |                                                                        |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Quali sono le sue esigenze assicurative? | Premorienza<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|                                          | Veicoli<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 >>> \_\_\_\_\_