



## RCP CONSULENTE DEL LAVORO

### 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 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:</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 |
|---|----------------|---------------|-----------------------------------|----------------------|
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |
|   |                |               |                                   |                      |

**Nel caso in cui l'Assicurato sia Studio Associato / Società, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti al di fuori dello Studio Associato / Società:**

☐ **SI**☐ **NO**

\* Se SI ricordarsi di sommare gli introiti dei singoli a quelli dello studio / società per la determinazione del Premio

## LISTA GARANZIE

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

| Garanzia Base                                                                                                                                                     | SI                          |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Società di elaborazione dati (EDP)                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Amministratore di condomini                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Copertura all'attività svolta dai singoli professionisti /soci/associati                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sindaci e/o Revisori Contabili                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Membri di Consigli di Amministrazione, membri del consiglio di sorveglianza o del consiglio di gestione e membro dell'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. n.231/2001 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Attestatore ai sensi della Legge 134/2012 (ex Art.67, 161 e 182 bis della L.Fall.)                                                                                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto di Conformità - Visto Leggero – Assistenza Fiscale                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto di Conformità per modelli 730                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Visto pesante                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Curatore, Liquidatore, Commissario                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

|                                                                                                                                                                                                                                |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Qualora svolga l'attività <b>EDP</b> indicare:<br>- Denominazione Società EDP: _____<br>- P. Iva Società di EDP: _____                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Sindaco / Revisore dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 40%</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 fatturato relativo è <b>superiore al 40%</b> di quello totale? 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 numero degli incarichi sia <b>superiore a 6</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 40%</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 Attestatore dichiara che il numero degli incarichi sia <b>superiore a 6</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: ____                                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Qualora svolga le attività di Attestatore dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 40%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: ____%                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 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"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

|                                                                                                                                                                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Qualora svolga le attività Visto Pesante dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore 25.000,00 euro</b> ? In caso di risposta affermativa indicare il valore: ____ € | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |
| Viene prestata assistenza per “ <b>Voluntary Disclosure</b> ”?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 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 abbiano avuto o hanno in corso un procedimento relativo alle seguenti situazioni?: 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). | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |
| Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista, svolge attualmente attività di Sindaco o Revisore, o Membro del Consiglio di Amministrazione, per Istituti Bancari e/o Finanziari?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>Il Proponente è a conoscenza che l'<b>Assicurazione</b> non opera per le <b>Richieste di Risarcimento</b> derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, costo, sinistro o spesa, sia preventiva, correttiva o di altro genere, direttamente od indirettamente derivante da, o relativa a:</p> <p>a. il calcolo, la comparazione, la differenziazione, la messa in sequenza o l'elaborazione di dati che comporti il cambiamento della data per l'anno 2000, od ogni altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, relativamente a qualunque sistema informatico, hardware, programma o software e/o qualsiasi microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'Assicurato o non;</p> <p>b. qualsiasi cambiamento, variazione, modifica che comporti il cambiamento di data per l'anno 2000, o altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, ad uno qualsiasi di tali sistemi informatici, hardware, programma o software e/o qualunque microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'assicurato o non.</p> | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |
| <p>Il Proponente è a conoscenza che l'<b>Assicurazione</b> non opera per le <b>Richieste di Risarcimento</b> derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta danni, costo, costo della difesa, spesa, multa, penale, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo derivante da:</p> <p>a. un Incidente Cyber;</p> <p>b. un Atto Cyber;</p> <p>c. una violazione della Legge sulla Protezione dei dati da parte dell'<b>Assicurato</b>, o delle parti che agiscono per conto dell'<b>Assicurato</b>, che implichi l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati.</p> <p>Fermi tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa polizza, o di qualsiasi appendice di essa, il sottoparagrafo a. non si applicherà a qualsiasi richiesta danni per responsabilità civile derivante da qualsiasi negligenza, errore o omissione, effettivo o affermato, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'uso o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati</p>                                                                                                                                                                             | <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Il Proponente dichiara di generare fatturato fuori dalla Comunità Europea (esclusi Usa e Canada)?<br>In particolare modo in: Russia, Bielorussia, Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson, Zaporizhzhya (regioni dell'Ucraina occupati dalla Russia) Afghanistan, Cuba, Iran, Venezuela, North Korea, Sudan, Syria, Myanmar e/o in altri paesi <b>soggetti a sanzioni/embargo</b> . | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**Massimale** ☐ € 250.000,00 ☐ € 500.000,00 ☐ € 1.000.000,00 ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 2.000.000,00  
☐ Altro \_\_\_\_\_

**Franchigia Ordinaria:** € 1.000,00

**Franchigia Incarichi:** € 5.000,00

**Franchigia Attestatore:** € 2.500,00

**Retroattività Richiesta:** ☐ 0 anni ☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ Illimitata  
☐ Come in corso/fino a 10 anni se continuativamente assicurato

## 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 campi con * sono obbligatori)</i> |
| <b>Compagnia:</b><br><b>Data di Inizio:</b><br><b>Massimale:</b><br><b>Franchigia:</b>                   | <b>Data di Scadenza:</b><br><b>Retroattività:</b><br><b>N. di anni di copertura precedente continua:</b><br><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. "RC Consulenti del Lavoro. Edizione ITA-08-23" e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIP RC Professionale - RC Consulenti del Lavoro e DIP Aggiuntivo RC Professionale - RC Consulenti del Lavoro Maggio 2021 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. " RC Consulenti del Lavoro. Edizione ITA-08-23 "

- **AVVERTENZE**

- **CONDIZIONI GENERALI**

**Art. 1 Dichiarazioni Inesatte e reticenze; Art. 2 Altre Assicurazioni; Art. 5 Aggravamento del Rischio; Art. 7 Recesso in caso di Sinistro; Art. 11 Diritto di surrogazione; Art. 14 Domande giudiziali; Art. 15 Foro Competente; Art. 16 Recesso dal Contratto; Art. 19 Clausola Europea di Notifica Atti e Giurisdizione.**

- **CONDIZIONI PARTICOLARI**

**Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 2 Esclusioni; Art. 3 Validità Della Garanzia - Retroattività; Art. 4 Estensione Territoriale; Art. 5 Massimali, Scoperti, Franchigie e Spese di Difesa; Art. 6 Cessazione dell'Assicurazione; Art. 7 Cessazione dell'attività (Garanzia Postuma); Art. 8 Garanzie Aggiuntive sempre operanti; Art. 9 Garanzie Aggiuntive valide se espressamente richieste e richiamate nella scheda; Art. 10 Obblighi in caso di sinistro; Art. 11 Mandato al Perito dell'Assicurazione;**

- **ESCLUSIONI AGGIUNTIVE**

**Art. 12 Clausola millennio; Art. 13 Esclusione del rischio cyber e dati; Art. 14 Clausola di esclusione materiali chimici e biologici; Art. 15 Limitazione ed esclusione in presenza di sanzioni; Art. 16 Esclusione dell'amianto e delle muffe tossiche;**

- **CONDIZIONI SPECIALI**

**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 "responsabile" del "trattamento" è 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**

**L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:**

**Nell'esercizio della propria professione**

☐ **SI**      ☐ **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**

☐ SI ☐ NO

**Esistenza di altre coperture assicurative su:**

**Responsabilità Civile**

☐ SI ☐ NO

**Infortuni**

☐ SI ☐ NO

**Malattia**

☐ SI ☐ NO

**Incendio**

☐ SI ☐ NO

**Furto**

☐ SI ☐ 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 >>>\_\_\_\_\_**