

**RCP CONSULENTE FINANZIARIO ABILITATO  
ALL'OFFERTA FUORI SEDE****IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**

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

**INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE**

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

**LISTA GARANZIE**

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

**DETTAGLIO ATTIVITA'**

Il Proponente dichiara di avere un Intermediario finanziario?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Se Si, indicare quale:				

**DETTAGLIO FATTURATO**

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

**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:**    ☐ € 250.000,00        ☐ € 500.000,00

**Franchigia Ordinaria:** € 1.000,00

**Retroattività Richiesta:**    ☐ Pari agli anni assicurati con precedente compagnia (se in continuità assicurativa)

☐ 0

**Postuma:** 3 anni

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

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa, compilare la SCHEDA SINISTRI a fine modulo.

## 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 "CondPolIRCPConsFinNonIndip" - Edizione 01-2026 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- di aver ricevuto il DIP Mod. DIP e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAgg Consulente Finanziario Abilitato all'offerta fuori sede Non Indipendente - Edizione 01-26 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 SRL UNIPERSONALE;
- 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 CondPoIRCPConsFinNonInd - Edizione 01-2026.*

- **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 ecosti di difesa; Articolo 27 - Maggior Tempo per la notifica delle Richieste di Risarcimento; Articolo 28 -Diritto di Surrogazione; Articolo 29 - Massimale - Sotto Limiti di Indennizzo; Articolo 30 - Franchigia / Scoperto.**

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

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Heca Srl Unipersonale

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

## **IMPORTANTE**

Heca Srl Unipersonale 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 <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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esistenza di altre coperture assicurative su:	Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Infortuni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Malattia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Incendio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Furto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Cauzioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Previdenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Multi rischi in genere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Tutela legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Trasporti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Auto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nessuna <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Altro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quali sono le sue esigenze assicurative?	Premorienza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Veicoli <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> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>
Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità): <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente: <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 >>> \_\_\_\_\_