

# QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE AREA FINANZIARIA - ASSICURATIVA CONSULENTE FINANZIARIO NON INDIPENDENTE

## 1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Decorrenza dalle ore 24:00 del		
Attività Esercitata				
Indirizzo Email		Numero di telefono cellulare		

## 2. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Partita IVA	N° ed Anno Iscr.	Anno Inizio Attività	Professione

## 3. SEDI SECONDARIE

Via	Città	Cap	Provincia

## 4. CAMBIAMENTI ATTIVITA' SVOLTA

Sono previsti cambiamenti nei prossimi 12 mesi relativamente alla natura dell'attività professionale dichiarata?

SI     NO

## 5. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

€ 250.000,00       € 500.000,00

Franchigia Richiesta:

€ 1.000,0

Retroattività Richiesta:

da iscrizione albo

## 6. 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
R.C. della Conduzione dello Studio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Responsabilità del convivente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## 7. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Percentuale di fatturato divisa per area geografica:

Area geografica	% di fatturato lordo ultimo esercizio
Italia	%
Europa	%
Mondo intero escluso USA/Canada	%
USA e Canada	%

Suddivisione per anno

Passato esercizio	Stima esercizio corrente
€	€

Dichiara di avere un Intermediario Finanziario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se SI, quale:	

## 8. 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
Compagnia	
Massimale	Retroattività
Franchigia	
Premio Pagato	N. di anni di copertura precedente continua
Data di inizio	Data di scadenza
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.	
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## 9. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

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
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

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 LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

---



---



---



---

## DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. 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;
- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

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

Ruolo aziendale .....

Firma

INome e Cognome di chi firma in nome  
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

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

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

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

## IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.