

**RCP COMMERCIALISTI****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 Albo:</b> <b>Attività Esercitata:</b> <b>Indirizzo email:</b> <b>Numero di cellulare:</b>

**INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE**

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

## 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 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
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 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 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 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 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 al 50%</b> di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Qualora svolga l'attività di Visto Leggero dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore al 50%</b> di quello totale? In caso di negativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Qualora svolga l'attività di Visto Leggero dichiara che il fatturato relativo è <b>superiore a 50 mila</b> ? In caso di risposta positiva indicare il valore in euro: _____ €	<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>

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).	<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 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?	<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

## INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

<b>Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?</b>		<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <i>Se si compilare i campi seguenti</i>
<b>Compagnia:</b>	<b>Data di Scadenza:</b>	
<b>Data di Inizio:</b>	<b>Retroattività:</b>	
<b>Massimale:</b>	<b>N. di anni di copertura precedente continua:</b>	
<b>Franchigia:</b>	<b>Premio Pagato:</b>	

## INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

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

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. "CondPoIRCPAreaFiscale" - Edizione 05-23 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIPAreaFiscale e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAggAreaFiscale - Edizione Settembre 24 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. "CondPoIRCPAreaFiscale" - Edizione 05-23.

- **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

<b>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:</b>	<b>Nell'esercizio della propria professione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.</b>	<b>Ho letto e compreso</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Esistenza di altre coperture assicurative su:</b>	<b>Responsabilità Civile</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Infortuni</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Malattia</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Incendio</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Furto</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Cauzioni</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Previdenza</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Multi rischi in genere</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Tutela legale</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Trasporti</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Auto</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Nessuna</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>Altro</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 >>>** \_\_\_\_\_