

**RCP AGRONOMO****IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <b>Cognome/Nome - Ragione Sociale</b>                |                                    |
| <b>Indirizzo:</b>                                    | <b>Località:</b>                   |
| <b>Prov.:</b>  | <b>Cap:</b>                        |
| <b>Codice Fiscale:</b>                               | <b>Partita IVA:</b>                |
| <b>Comune di Nascita:</b>                            | <b>Prov.:</b>                      |
| <b>Data di Nascita:</b>                              | <b>N. ed Anno Iscrizione Albo:</b> |
| <b>Anno di inizio Attività:</b>                      | <b>Attività Esercitata:</b>        |
| <b>Decorrenza Contratto<br/>dalle ore 24:00 del:</b> | <b>Indirizzo email:</b>            |
| <b>Tacito Rinnovo NO</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  |
|------------------------------|---|
| Conduzione dello Studio      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Inquinamento Accidentale     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Opere ad Alto Rischio        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Spese Ripristino Reputazione | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Giovani Professionisti       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

|  |   |
|--|---|
| Qualora svolga l'attività di Opere ad Alto Rischio 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 |
|--|---|

## DETTAGLIO FATTURATO

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| Passato esercizio: € | Stima esercizio corrente: € |
|----------------------|-----------------------------|

## 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 un fatturato <b>superiore al 25%</b> di quello totale nel Resto del Mondo (tranne USA e/o Canada)? | <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  
 € 2.500.000,00  Altro \_\_\_\_\_

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

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

## 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> |
|--|--|

|                        |   |
|------------------------|---|
| <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"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <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"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <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"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

## 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>      |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| _____  |
| Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):                           |
| _____  |
| _____  |
| Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:              |
| _____  |
| _____  |

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| <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                |

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 e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. "CondPolRCPAgronomo" - Edizione 02-24 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIPAgronomo e DIP Aggiuntivo Mod. DIPAggAgronomo - Edizione 09-24 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. "CondPolIRCPAgronomo" - Edizione 02-24.

- **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 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.

## **VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE**

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

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Quali sono le sue esigenze assicurative?</b></p> | <p><b>Premorienza</b><br/> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>           |
|  | <p><b>Veicoli</b><br/> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>               |
|  | <p><b>Redditi/Finanziamenti</b><br/> <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> |

**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 >>>**

## SCHEMA 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> |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

|  |
|--|
| Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità): |
|  |
|  |

|   |
|---|
| Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente: |
|   |
|   |

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <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 >>> \_\_\_\_\_