

RCP COMMERCIALISTI**IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**

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

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

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 superiore al 50% 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 superiore a 8 ? 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 superiore al 50% 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 superiore al 25% 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 superiore a 8 ? 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 superiore al 50% 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 superiore a 8 ? 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 superiore al 50% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga l'attività di Visto Leggero dichiara che il fatturato relativo è superiore al 50% di quello totale? In caso di negativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga l'attività di Visto Leggero dichiara che il fatturato relativo è superiore a 50 mila ? In caso di risposta positiva indicare il valore in euro: _____ €	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività Visto Pesante dichiara che il fatturato relativo è superiore al 10% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>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).</p> <p>In caso di risposta affermativa indicare, per la società oggetto del procedimento:</p> <table border="1"> <tr> <td>Ragione sociale:</td> <td>P.IVA:</td> </tr> <tr> <td>Data procedimento:</td> <td>Stato procedimento:</td> </tr> <tr> <td>Tipologia incarico dell'Assicurato:</td> <td>Data inizio e fine incarico:</td> </tr> </table>	Ragione sociale:	P.IVA:	Data procedimento:	Stato procedimento:	Tipologia incarico dell'Assicurato:	Data inizio e fine incarico:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ragione sociale:	P.IVA:						
Data procedimento:	Stato procedimento:						
Tipologia incarico dell'Assicurato:	Data inizio e fine incarico:						
<p>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 operano nei seguenti mercati: finanziario/bancario, assicurativo, utility, farmaceutico e che siano o meno quotate in borsa?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						

DETTAGLIO FATTURATO TOTALE

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

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

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 superiore al 25% 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 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

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>
Compagnia:	Data di Scadenza:	
Data di Inizio:	Retroattività:	
Massimale:	N. di anni di copertura precedente continua:	
Franchigia:	Premio Pagato:	

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 compilare la **SCHEDA SINISTRI** posta in fondo al presente 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. "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

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 >>>**

SCHEMA SINISTRO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO
Cognome Nome o Ragione Sociale:
Partita IVA o Codice Fiscale:

DATI SINISTRO
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:

Descrizione dettagliata delle circostanze relative al sinistro/circostanza

Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità):

Eventuali fattori/dettagli che limitano le responsabilità del Proponente:

PROCEDIMENTO GIUDIZIALE	<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

STATO DEL SINISTRO	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

Indicare la Riserva 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):	

Quali procedure, volte ad evitare il ripetersi dei fatti causa del sinistro in oggetto, sono state introdotte dal Proponente?			
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 >>> _____