

**IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI**  
*Proposer - General Information*

Cognome / 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		Tacito Rinnovo	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Attività Esercitata (es. Ingegnere, Commercialista etc...)					

**INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE**  
*Information about Proposers insured*

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	N° ed Anno Iscr.	Anno Inizio Attività

**SEDI SECONDARIE**  
*Subsidiary Offices*

Via	Città	Cap	Provincia

**LISTA GARANZIE**

*Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario*

*Unless otherwise agreed, the following activities and functions are excluded from the insurance.*

Garanzia Base	SI – art. 1 ed art. 6 delle Condizioni Particolari di Assicurazione
Liquidatore, Curatore, Commissario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimo 4 (quattro) incarichi, il cui compenso totale sia inferiore al 40% del fatturato totale - articolo 7.1 Condizioni Particolari di

	Assicurazione
<b>Spese Ripristino Reputazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimale € 50.000,00 Franchigia € 1.000,00
<b>R.C. della Conduzione dello Studio</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimale € 500.000,00 o € 250.000,00 se Massimale di Polizza uguale a € 250.000,00 Franchigia € 750,00
<b>Attività di Sindaco, Revisore, Membro Consiglio Amministrazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimo 4 (quattro) incarichi, il cui compenso totale sia inferiore al 40% del fatturato totale - articolo 7.3 Condizioni Particolari di Assicurazione
<b>Visto Pesante</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimale € 3.000.000,00
<b>Visto Leggero senza 730</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimale € 3.000.000,00
<b>Visto Leggero con 730</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Massimale € 3.000.000,00
<b>Giovani Professionisti</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Articolo 5 Condizioni Particolari di Assicurazione
<b>Altro (Elenco Specifiche Attività)</b>	

**INFORMAZIONI SUL FATTURATO**  
*Income (in Euro) - Please Fill Each Section*

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

Specificare quanto (in percentuale) dei fatturati sopra riportati è relativo alle seguenti attività, qualora tali attività fossero svolte dal professionista ed indicate in Proposta:

<b>Attività svolta</b>	<b>% Fatturato passato esercizio</b> <i>Last financial year percentage</i>	<b>% Fatturato esercizio corrente</b> <i>Current financial year percentage</i>	<b>N. incarichi passato esercizio</b>	<b>N. incarichi esercizio corrente</b>
<b>Sindaco, Revisore, Membro Consiglio Amministrazione</b>	%	%		

Liquidazione o Curatela	%	%		
-------------------------	---	---	--	--

**Massimale Richiesto:**

€250.000,00     €500.000,00     €1.000.000,00     €1.500.000,00     altro \_\_\_\_\_

**Franchigia Richiesta:**

€750,00     €1.000,00     €1.500,00     €2.000,00     €3.000,00     altro \_\_\_\_\_

**Retroattività Richiesta:**

2 Anni     5 Anni     10 Anni     Illimitata

**Postuma Richiesta:**

5 Anni     10 Anni

**INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI**  
*Information about previous policies*

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? <i>Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk?</i>			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Compagnia / Insurance Company				
Data di inizio / Inception Date		Data di scadenza / Expiry Date		
Massimale / Limit of Indemnity		Retroattività /retroactivity		
Franchigia / Deductible				
Premio pagato / Premium		N. di anni di copertura precedente continua		
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

**INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI**  
*Information about claims*

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 3 anni? <i>Has the Proposer settled or received request of indemnification, accepted or rejected, or errors, omissions or professional negligence in the last five years?</i>	<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? <i>Is the Proposer aware of fact or circumstances that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission?</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
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?: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, liquidazione volontaria, altra procedura concorsuale.</li> <li>• amministrazione controllata, amministrazione straordinaria, stato di insolvenza e che</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

abbiano patrimonio netto negativo e/o che abbiano chiuso entrambi gli ultimi due bilanci con una Perdita di esercizio	
---	--

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 DOVE POSSIBILE 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
- iii. 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.

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.

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

.....

Ruolo aziendale .....

Firma .....

Data ...../...../.....

“Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali” (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” comunicatici 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.