

**IL TIROCINANTE - INFORMAZIONI GENERALI**  
*Intern - General Information*

<b>Cognome / Nome – Ragione Sociale</b>				
<b>Indirizzo</b>		<b>Località Comune</b>	<b>Prov</b>	<b>C.a.p.</b>
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Partita IVA (Se previsto)</b>	<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Data di nascita</b>
<b>Anno di inizio Attività (Non obbligatorio)</b>		<b>Decorrenza dalle ore 24:00 del</b>		
<b>Attività Esercitata (Specifichi cortesemente la tipologia di mansione che svolgerà durante il Tirocinio)</b>				

**INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO**  
*Information about Employer*

<b>Ragione Sociale</b>	<b>Partita Iva</b>	<b>Indirizzo Completo</b>

**PAGAMENTO POLIZZA**  
*Information about the payment*

- Il Tirocinante Paga il Premio di Polizza       L'Azienda Paga il Premio di Polizza

**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*

<b>Garanzia Base</b>	SI – art. 1 ed art. 5 delle Condizioni Particolari di Assicurazione
----------------------	---

**INFORMAZIONI SULLA RETRIBUZIONE TOTALE PERCEPITA PER IL TIROCINIO**  
*Income (in Euro) - Please Fill Each Section*

€ _____
---------

**Massimale Richiesto:**

€ 125.000,00       € 250.000,00       altro \_\_\_\_\_

**Franchigia Richiesta:**

€ 250,00       altro \_\_\_\_\_

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

<p>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 three years?</i></p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>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></p>	<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 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 vengano a conoscenza 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.

**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.