

**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		Decorrenza dalle ore 24:00 del			
Attività Esercitata (es. Wedding Planner, Interior Design etc...)					

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

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	Anno Inizio Attività

**INFORMAZIONI SUI CLIENTI**  
*Information about Proposers clients*

N°	COGNOME E NOME	SPORT PRATICATO	Ha un fatturato superiore ad 1ML?	
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

**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*

<b>Garanzia Base</b>	SI – art. 1 ed art. 5 delle Condizioni Particolari di Assicurazione
<b>Spese Ripristino Reputazione</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sotto Limite € 50.000,00 Franchigia € 1.000,00
<b>R.C. della Conduzione dello Studio</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sotto Limite € 500.000,00 o € 250.000,00 se Massimale di Polizza uguale a € 250.000,00 Franchigia € 750,00
<b>Altro (Elenco Specifiche Attività)</b>	

**INFORMAZIONI SUL FATTURATO**

*Income (in Euro) - Please Fill Each Section*

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

**Massimale Richiesto:**

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

**Franchigia Richiesta:**

€ 500,00   
  € 750,00   
  € 1.000,00   
  € 1.500,00   
  € 2.000,00   
  altro \_\_\_\_\_

**Retroattività Richiesta:**

2 Anni   
  5 Anni   
  10 Anni   
  Illimitata   
  altro \_\_\_\_\_

**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 / <i>Insurance Company</i>			
Data di inizio / <i>Inception Date</i>		Data di scadenza / <i>Expiry Date</i>	
Massimale / <i>Limit of Indemnity</i>		Retroattività / <i>retroactivity</i>	
Franchigia / <i>Deductible</i>			
Premio pagato / <i>Premium</i>		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 AGGIUNTIVE**  
*Additional informations*

Il Proponente ha maturato più di tre anni di esperienza nell'attività svolta? <i>Has the Proponent gained more than three years of experience in the activity carried out?</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 5 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

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 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.