

**MODULO DI PROPOSTA
RC PROFESSIONALE ADDETTI ALLA SICUREZZA SUL LAVORO E TUTELA SALUTE**

Compagnia/e con la/e quale/i intende assicurarsi:

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.

TOKIO MARINE HCC

Sezione A: DATI PROPONENTE

1) Professionista individuale *Studio Associato/Società
 Cognome e Nome/Ragione sociale del Proponente _____
 Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____
 Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____
 Data inizio attività _____ Costituzione persona giuridica _____
 Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____
 Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

*In caso di Studio Associato/Società indicare le generalità di ciascun professionista che si intende assicurare:

COGNOME E NOME	PROFESSIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E NR. CREDITI CONSEGUITI

Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

2) Massimale richiesto 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____
 3) Periodo di retroattività richiesta: Data decorrenza polizza Altro _____
 4) Estensione territoriale come da condizioni di polizza:
 EU, Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino Mondo Intero escluso USA e Canada

Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI

5) Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____
 6) L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Sì No
 Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza _____
 7) Se per il medesimo rischio è già in corso un'assicurazione, quale tipologia di polizza in secondo rischio è richiesta?
 DIL (DIFFERENT IN LIMIT) DIL+DIC (DIFFERENT IN LIMIT AND CONDITIONS)
 Si prega di allegare copia integrale della polizza in corso.
 8) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Sì No
 Se sì, fornire dettagli _____

Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE

9) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Sì No
 10) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Sì No

In caso di una o più risposte affermative (alle domande 9-10) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.

SPLIT DEL FATTURATO – ADDETTO ALLA SICUREZZA SUL LAVORO E TUTELA SALUTE

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
€	€
TIPOLOGIA ATTIVITÀ: Consulenza D.lgs. n° 81/2008 _____%	Incarichi RSPP D.lgs. n° 81/2008 _____%
Indicare il/i settore/i merceologico/i per il quale viene svolta l'attività _____	
BARRARE LE ATTIVITÀ SVOLTE E RICHIESTE DALL'ASSICURATO:	
<input type="checkbox"/> Conduzione Corsi formazione <input type="checkbox"/> Consulenza/assistenza conseguimento e manutenzione certificazione ISO con esclusione attività di certificazione <input type="checkbox"/> Consulenza/assistenza creazione protocollo D.lgs. 196/2003 <input type="checkbox"/> D.lgs. 231/01 – Responsabilità Amministrativa Società	<input type="checkbox"/> D.lgs. 311/2006 – Certificazione energetica <input type="checkbox"/> D.lgs. 40/2000 – Trasporto Merci Pericolose <input type="checkbox"/> D.lgs. 447/1995 – Acustica ambientale <input type="checkbox"/> D.P.R. 459/1996 – Valutazione conformità <input type="checkbox"/> Lg 818/1984 – Prevenzione incendio

- Estensione RC conduzione studio Sì No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato/Società, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti con propria partita Iva personale? Sì No

Se Sì, indicare nello split del fatturato le specifiche attività svolte dai professionisti sommando questi introiti agli importi dello studio e compilare la tabella sottostante.

COGNOME E NOME	PARTITA IVA	FATTURATO TOTALE SINGOLO PROFESSIONISTA
		€
		€
		€

IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. 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 "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato il SET INFORMATIVO;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Da compilare solo in caso di risposta affermativa alle domande della Sezione D (9-10)

SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato - data evento - importo richiesto - descrizione accaduto - stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

SEZIONE F: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato - data evento - importo richiesto - descrizione accaduto - stato attuale circostanza - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma