

**MODULO DI PROPOSTA
D&O INDIVIDUALE**

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

 LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
 TOKIO MARINE HCC
Sezione A: DATI PROPONENTE

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA COPIA DEI SINGOLI BILANCI (O DEL BILANCIO CONSOLIDATO DI GRUPPO) DEGLI ULTIMI DUE ESERCIZI, INCLUSE NOTA INTEGRATIVA E LE RELAZIONI DEGLI AMMINISTRATORI SULLA GESTIONE, DEL COLLEGIO SINDACALE E DELLA SOCIETÀ DI REVISIONE, DELLE SOCIETÀ ELENcate AL PUNTO 6.

 1) Contraente: Assicurato Persona fisica (uno o più incarichi) Società (in caso di un solo incarico)

Cognome e Nome dell'Assicurato _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva dell'Assicurato _____

Indirizzo legale e/o sede sociale (via, città, CAP, provincia) dell'Assicurato _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

 2) Massimale richiesto 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € altro € _____

3) Modalità di rinnovo:

- Automatico (solo per polizze Lloyd's) Si No
- Tacito (solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si No

 4) Estensione territoriale come da condizioni di polizza: **Mondo Intero escluso USA e Canada**

 5) Periodo di retroattività: **Data di decorrenza**

6) Compilare per ciascuna Società per le quali la persona fisica intende assicurarsi (nb: i dati di bilancio devono essere dell'ultimo anno consolidato (anno _____)):

1° INCARICO - Ragione Sociale della Società _____			
Sede Legale _____		Codice fiscale _____	
Sede operativa _____		Partita Iva _____	
Data di costituzione _____		Data inizio attività Società _____	
Settore merceologico _____		Qualifica/attività dell'assicurato persona fisica _____	
Data di nomina _____		Data fine incarico _____	
		Società con Partecipazione pubblica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
TOTALE ATTIVO	UTILE	PERDITA	Quota detenuta dall'Assicurato
€	€	€	%
2° INCARICO - Ragione Sociale della Società _____			
Sede Legale _____		Codice fiscale _____	
Sede operativa _____		Partita Iva _____	
Data di costituzione _____		Data inizio attività Società _____	
Settore merceologico _____		Qualifica/attività dell'assicurato persona fisica _____	
Data di nomina _____		Data fine incarico _____	
		Società con Partecipazione pubblica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
TOTALE ATTIVO	UTILE	PERDITA	Quota detenuta dall'Assicurato
€	€	€	%
3° INCARICO - Ragione Sociale della Società _____			
Sede Legale _____		Codice fiscale _____	
Sede operativa _____		Partita Iva _____	
Data di costituzione _____		Data inizio attività Società _____	
Settore merceologico _____		Qualifica/attività dell'assicurato persona fisica _____	
Data di nomina _____		Data fine incarico _____	
		Società con Partecipazione pubblica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
TOTALE ATTIVO	UTILE	PERDITA	Quota detenuta dall'Assicurato
€	€	€	%

N.B. Per ulteriori incarichi sarà necessario stipulare polizze distinte.

7) Qualcuna delle società, per le quali l'assicurato persona fisica intende assicurarsi:

 7a) Ha cambiato denominazione negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

 7b) Ha acquistato o assorbito altre Società negli ultimi 3 anni o ha intenzione di acquistare o assorbire altre Società? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

 7c) È al corrente di proposte relative alla sua acquisizione da parte di altre? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

 7d) Esistono, o sono esistiti negli ultimi 2 anni, piani di ristrutturazione aziendale che prevedono la riduzione del personale, prepensionamenti, cassa integrazione, licenziamenti? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

 7e) È quotata in borsa? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

 7fa) Fa parte di un gruppo? Si No

Se sì, se possibile, si prega di allegare lo schema della struttura del Gruppo di appartenenza e compilare la domanda 7fb.

 7fb) È il Capogruppo? Si No

Se no, fornire il nome della holding principale _____

 7g) Controlla altre Società o ha Società collegate? Si No

Se sì, fornire dettagli _____

Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI

8) L'Assicurato o qualcuna delle società, per le quali la persona fisica intende assicurarsi ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per RC Amministratori? Sì No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

9) In caso affermativo indicare da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo: _____

10) 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.

11) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa o per qualcuna delle società, per le quali la persona fisica intende assicurarsi per RC Amministratori negli ultimi 3 anni? Sì No

Se sì, fornire dettagli _____

Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE

12) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro la Società, le controllate, gli amministratori, i sindaci o i dirigenti negli ultimi 3 anni? Sì No

13) Indicare se negli ultimi 3 anni o nelle precedenti gestioni sia iniziata o si sia conclusa alcuna vertenza legale (richiesta di risarcimento di carattere civile o procedimento di carattere penale) nei confronti della Società, delle controllate, degli amministratori, sindaci o dirigenti. Sì No

14) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro la Società, le controllate, gli amministratori, i sindaci o i dirigenti? Sì No

15) Indicare se la Società o una sua controllata, nel corso degli ultimi 12 mesi, sia stata inadempiente relativamente a qualsiasi debito. Sì No

In caso di una o più risposte affermative (alle domande 12-13-14-15) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.

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 sottaciuto 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 (12-13-14-15)

SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 3 ANNI

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

SEZIONE F: VERTENZE LEGALI NEGLI ULTIMI 3 ANNI

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

SEZIONE G: 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)

SEZIONE H: INADEMPIENZE SOCIETÀ

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo società – data evento – descrizione evento – stato attuale procedura - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma