

**MODULO DI PROPOSTA**  
**MISCELLANEOUS PER ASSEVERAZIONI/ATTESTAZIONI ECOBONUS, SISMABONUS, BONUS MINORI**  
**Legge dello Stato 17/07/2020 n. 77 – Decreto Rilancio 110% (Gazzetta ufficiale 18/07/2020 n. 180) e s.m.i.**  
 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 iscrizione albo \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_  
 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 del professionista che si intende assicurare:

COGNOME E NOME	PROFESSIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ	DATA ISCRIZIONE ALL'ALBO	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E NR. CREDITI CONSEGUITI

**Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**

2) Massimale richiesto 500.000,00 €  1.000.000,00 €  1.500.000,00 €  altro € \_\_\_\_\_   
 3) Modalità di rinnovo - Tacito (solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si  No   
 4) Estensione territoriale come da condizioni di polizza: EU, Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino  
 5) Periodo di retroattività richiesta: Data decorrenza  altro \_\_\_\_\_   
 6) Estensione postuma 10 anni alla firma con sovrappremio (attivazione come da condizioni di polizza)? Si  No   
 7) Franchigia/scoperto: scoperto 10% min. € 1.000  franchigia € 1.500

**Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

8) L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si  No

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9) Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo per la RC professionale? \_\_\_\_\_

10) Sono in corso altre polizze Rc a copertura della medesima asseverazione? Si  No

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE**

11) 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? Si  No

12) 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? Si  No

**In caso di una o più risposte affermative alle domande 11 e 12 fornire dettagli:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SPLIT DEL FATTURATO** - Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITÀ	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
<input type="checkbox"/> Asseverazioni Decreto Rilancio 110% <input type="checkbox"/> Bonus Minori (precisare i relativi bonus) _____ <input type="checkbox"/> Sismabonus	€	€

**Indicare le seguenti informazioni per l'asseverazione che si intende assicurare:**

1) Data presunta inizio lavori \_\_\_\_\_ Importo complessivo lavori \_\_\_\_\_  
 Fabbricato/Condominio sito in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ DI ASSEVERATORE: il sottoscritto \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_**  
**dichiara di essere in possesso delle abilitazioni previste dalla legge, di essere iscritto negli Albi/Registri previsti per lo svolgimento dell'attività di asseveratore. La garanzia viene prestata sul presupposto che il professionista sia regolarmente abilitato. La mancanza dei requisiti comporterà la assoluta inoperatività della Garanzia ASSEVERATORE.**

Data \_\_\_\_\_ Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_

**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
_____	_____	_____

**ALLEGATO N°1- NO CLAIMS DECLARATION**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

**Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione) compilare tutti i campi necessari:**

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____