

**MODULO DI PROPOSTA  
RC PROFESSIONALE MEDIATORI CREDITIZI – AGENTI IN ATTIVITÀ FINANZIARIA**

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

**LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.**

**TOKIO MARINE HCC**

**Sezione A: DATI PROPONENTE**

**MEDIATORE CREDITIZIO**

**AGENTE IN ATTIVITÀ FINANZIARIA**

1) Professionista individuale

\* 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 OAM \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti \_\_\_\_\_

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

\*In caso di Società indicare le generalità di ciascun professionista che si intende assicurare

**\*N.B. La copertura non assolve eventuale obbligo di polizza individuale previsto dalle disposizioni in materia:**

COGNOME E NOME	PROFESSIONE	CODICE FISCALE	S/D/C/A

**Legenda: S socio D dipendente C collaboratore A amministratore**

**Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**

2) Massimale richiesto 1.000.000,00 €  1.250.000,00 €  1.750.000,00 €

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:

EU, Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino  Mondo Intero escluso USA e Canada

5) Periodo di retroattività richiesta: Data iscrizione albo/data inizio attività  Cinque anni  Illimitata

**Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

6) Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

7) 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

8) 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.

9) 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? Si  No

Se sì, fornire dettagli

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE**

10) 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

11) 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 10-11) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.**

**SPLIT DEL FATTURATO – MEDIATORE CREDITIZIO E AGENTE IN ATTIVITÀ FINANZIARIA**

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per l'attività esercitata:

ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
€	€

• Estensione RC conduzione studio

Si  No

Prego indicare quali attività vengono svolte e relativa percentuale:	
<input type="checkbox"/> Mutui	_____ %
<input type="checkbox"/> Cessione del quinto	_____ %
<input type="checkbox"/> Apertura c/c bancari – Gestione Pos	_____ %
<input type="checkbox"/> Locazione finanziaria	_____ %
<input type="checkbox"/> Credito al consumo	_____ %
<input type="checkbox"/> Prestito su pegno	_____ %
<input type="checkbox"/> Rilascio fidejussioni a garanzia (INDICARE LE SOCIETÀ FORNITRICI):	_____ %
_____	
<input type="checkbox"/> Anticipi, sconti commerciali, crediti commerciali	_____ %
<input type="checkbox"/> Intermediazioni in cambi:	_____ %
• Con assunzioni	_____ %
• Senza assunzioni	_____ %
• Cambio valuta	_____ %
<input type="checkbox"/> Money transfer	_____ %
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche (precisare) _____	_____ %

**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 (10-11)

**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