

**MODULO DI PROPOSTA  
RC PROFESSIONALE MEMBRO DI ORGANISMO DI VIGILANZA**

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 - **Dati relativi al Membro di Organismo di Vigilanza proponente**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_

Data inizio dell'attività: \_\_\_\_\_ Data iscrizione elenco: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail e/o indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

Settore di attività: \_\_\_\_\_

**Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**

2) Massimale: € 500.000,00 per sinistro - € 1.000.000,00 per anno

3) Periodo di retroattività: Data di decorrenza \_\_\_\_\_

**Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

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

5) 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 \_\_\_\_\_

6) 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.

7) 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**

8) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato o l'Organismo per cui viene svolto l'incarico negli ultimi 5 anni?      Sì       No

9) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato?      Sì       No

**In caso di una o più risposte affermative (alle domande 8-9) pregasi compilare la scheda presente a pagina 2.**

**SPLIT DEL FATTURATO - MEMBRO ODV**

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

ATTIVITÀ	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
ATTIVITÀ DI MEMBRO ODV	€	€
TOTALE	€	€

**Compilare la seguente tabella con gli incarichi di Membro di Organismo di Vigilanza.**

INCARICO PER CUI È RICHIESTA LA COPERTURA	NOMINATIVO DELLA SOCIETÀ/DELL'ORGANISMO	SETTORE MERCEOLOGICO DELLA SOCIETÀ/DELL'ORGANISMO	DATA DI INIZIO ATTIVITÀ/ MANSIONE	DATA DI FINE ATTIVITÀ/ MANSIONE
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**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.J.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 (8-9)**

<b>SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI</b>
DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

<b>SEZIONE F: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO</b>
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