



RCP COMMERCIALISTA

IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome/Nome - Ragione Sociale	
Indirizzo:	Località:
Prov.:	Cap:
Codice Fiscale:	Partita IVA:
Comune di Nascita:	Prov.:
Data di Nascita:	N. ed Anno Iscrizione:
Anno di inizio Attività:	Attività Esercitata:
Decorrenza Contratto dalle ore 24:00 del:	Indirizzo email:
Tacito Rinnovo NO	Numero di cellulare:

INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

N	Cognome e Nome	C.F. / P. IVA	N. ed Anno di Iscrizione all'Albo	Anno Inizio Attività

Nel caso in cui l'Assicurato sia Studio Associato / Società, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti al di fuori dello Studio Associato / Società:

 SI

 NO

* Se SI ricordarsi di sommare gli introiti dei singoli a quelli dello studio / società per la determinazione del Premio

LISTA GARANZIE

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario.

Garanzia Base	SI	
Consulente del Lavoro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Società di elaborazione dati (EDP)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Amministratore di condomini	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Copertura all'attività svolta dai singoli professionisti /soci/associati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sindaco / Revisore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Membri di Consigli di Amministrazione, membri del consiglio di sorveglianza o del consiglio di gestione e membro dell'Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. n.231/2001	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Attestatore ai sensi della Legge 134/2012 (ex Art.67, 161 e 182 bis della L.Fall.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Visto di Conformità - Visto Leggero - Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Visto di Conformità per modelli 730	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Visto pesante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acquisizioni e Fusioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Curatore, Liquidatore, Commissario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Qualora svolga l'attività EDP indicare: - Denominazione Società EDP: _____ - P. Iva Società di EDP: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Sindaco / Revisore dichiara che il numero degli incarichi sia superiore a 6 ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Sindaco / Revisore dichiara che il fatturato relativo è superiore al 40% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: ____%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Membro del Consiglio di Amministrazione/ODV dichiara che il numero degli incarichi sia superiore a 6 ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Membro del Consiglio di Amministrazione/ODV dichiara che il fatturato relativo è superiore al 40% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Liquidazione, Curatele e Commissario dichiara che il numero degli incarichi sia superiore a 6 ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: ____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Liquidazione, Curatele e Commissario dichiara che il fatturato relativo è superiore al 40% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: ____%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Qualora svolga le attività di Fusioni ed Acquisizioni dichiara che il fatturato relativo è superiore al 25% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Attestatore dichiara che il numero degli incarichi sia superiore a 6 ? In caso di risposta affermativa indicare il numero di incarichi: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività di Attestatore dichiara che il fatturato relativo è superiore al 40% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività Visto Leggero dichiara che il fatturato relativo è superiore 25.000,00 euro ? In caso di risposta affermativa indicare il valore: _____ €	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività Visto Leggero con 730 dichiara che gli incarichi relativi siano superiori a n. 25 ? In caso di risposta affermativa indicare il numero: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività Visto Pesante dichiara che il fatturato relativo è superiore al 10% di quello totale? In caso di risposta affermativa indicare la percentuale: _____%	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualora svolga le attività Visto Pesante dichiara che il fatturato relativo è superiore 25.000,00 euro ? In caso di risposta affermativa indicare il valore: _____ €	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Viene prestata assistenza per " Voluntary Disclosure "?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista è, attualmente, o è stato, in passato, Sindaco o Revisore di società o enti che abbiano avuto o hanno in corso un procedimento relativo alle seguenti situazioni?: Fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa (procedure concorsuali previste dal R.D. 267/1942); Alle procedure di amministrazione straordinaria (di cui alla legge 95/1979), stato di insolvenza; Riduzione del capitale per perdite (Art. 2482-bis del Codice Civile) e/o una Riduzione del capitale al disotto del minimo legale (Art. 2482-ter).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista, svolge attualmente attività di Sindaco o Revisore, o Membro del Consiglio di Amministrazione, per Istituti Bancari e/o Finanziari?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Il Proponente è a conoscenza che l' Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, costo, sinistro o spesa, sia preventiva, correttiva o di altro genere, direttamente od indirettamente derivante da, o relativa a:		
a. il calcolo, la comparazione, la differenziazione, la messa in sequenza o l'elaborazione di dati che comporti il cambiamento della data per l'anno 2000, od ogni altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, relativamente a qualunque sistema informatico, hardware, programma o software e/o qualsiasi microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'Assicurato o non;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. qualsiasi cambiamento, variazione, modifica che comporti il cambiamento di data per l'anno 2000, o altro cambiamento di data, inclusi i calcoli relativi agli anni bisestili, ad uno qualsiasi di tali sistemi informatici, hardware, programma o software e/o qualunque microchip, circuito integrato o dispositivo analogo presente nell'apparecchiatura informatica o non informatica, di proprietà dell'assicurato o non.		

Il Proponente è a conoscenza che l'Assicurazione non opera per le **Richieste di Risarcimento** derivanti da, connesse o conseguenti a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta danni, costo, costo della difesa, spesa, multa, penale, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo derivante da:

- a. un Incidente Cyber;
- b. un Atto Cyber;
- c. una violazione della Legge sulla Protezione dei dati da parte dell'Assicurato, o delle parti che agiscono per conto dell'Assicurato, che implichi l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati.

SI **NO**

Fermi tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa polizza, o di qualsiasi appendice di essa, il sottoparagrafo a. non si applicherà a qualsiasi richiesta danni per responsabilità civile derivante da qualsiasi negligenza, errore o omissione, effettivo o affermato, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'uso o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati

DETTAGLIO FATTURATO

Passato esercizio: €	Stima esercizio corrente: €
-----------------------------	------------------------------------

DETTAGLIO PERCENTUALI GEOGRAFICHE

Inserire le percentuali relative al fatturato dell'ultimo esercizio.

Il Proponente dichiara di generare fatturato in USA e/o Canada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Proponente dichiara di generare fatturato fuori dalla Comunità Europea (esclusi Usa e Canada)? In particolar modo in: Russia, Bielorussia, Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson, Zaporizhzhya (regioni dell'Ucraina occupati dalla Russia) Afghanistan, Cuba, Iran, Venezuela, North Korea, Sudan, Syria, Myanmar e/o in altri paesi soggetti a sanzioni/embargo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Massimale € 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00
 Altro _____

Franchigia Ordinaria: € 1.000,00

Franchigia Incarichi: € 5.000,00

Franchigia Attestatore: € 2.500,00

Retroattività Richiesta: 0 anni 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni Illimitata
 Come in corso/fino a 10 anni se continuativamente assicurato

INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se si compilare i campi seguenti (i campi con * sono obbligatori)</i>
Compagnia: *	Data di Scadenza:*	
Data di Inizio:*	Retroattività:*	
Massimale:	N. di anni di copertura precedente continua:*	
Franchigia:	Premio Pagato:	

INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI/RIFIUTI

Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa a una o più domande precedenti si prega di fornire di seguito tutti i dettagli possibili, principalmente Numero Sinistri / Circostanze e Importo del Danno, ALLEGANDO DOVE POSSIBILE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

Numero Sinistri/Circostanze: _____

Importo del/i Danno/i: _____

Descrizione Evento/i: _____

DICHIARAZIONI

Il proponente autorizzato alla firma del presente Modulo di Proposta, dichiara:

- **di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;**
- **che le informazioni contenute nel presente Modulo di Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto Modulo di Proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare glossario e condizioni di assicurazione che regolano il CONTRATTO di ASSICURAZIONE, contenute nel Mod. "RC Commercialisti. Edizione ITA-08-23" e di aver preso atto che costituiscono parte integrante del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;**
- **di aver ricevuto e di accettare DIP Mod. DIP RC Professionale - RC Commercialista Giugno 2020 e DIP Aggiuntivo RC Professionale - RC Commercialista Maggio 2021 componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni;**
- **di aver ricevuto e di accettare, informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati allegato 3, 4 e 4-Ter di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018, Provvedimento n. 97/2020 e s.m.i.;**
- **di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche tramite un processo automatizzato, inclusi quelli sensibili eventualmente forniti, per le finalità assicurative, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 per il Trattamento dei Dati Personali e dichiara di aver preso visione e compreso la privacy consultabile sul sito della HECA UNIPERSONALE S.R.L.;**
- **di voler ricevere le comunicazioni previste dall'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni in forma elettronica, consapevole della possibilità di richiedere anche successivamente l'invio tramite altra tipologia di supporto (ad esempio cartaceo).**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta anche per conto degli altri

collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta e riconosce che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

NOME E COGNOME DI CHI FIRMA IN NOME E PER CONTO DEI SOGGETTI ASSICURATI >>>

FIRMA QUI >> _____ DATA >>> _____

Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Mod. " RC Commercialisti. Edizione ITA-08-23 "

- **AVVERTENZE**

- **CONDIZIONI GENERALI**

Art. 1 Dichiarazioni Inesatte e reticenze; Art. 2 Altre Assicurazioni; Art. 5 Aggravamento del Rischio; Art. 7 Recesso in caso di Sinistro; Art. 11 Diritto di surrogazione; Art. 14 Domande giudiziali; Art. 15 Foro Competente; Art. 16 Recesso dal Contratto; Art. 19 Clausola Europea di Notifica Atti e Giurisdizione.

- **CONDIZIONI PARTICOLARI**

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione; Art. 2 Esclusioni; Art. 3 Validità Della Garanzia - Retroattività; Art. 4 Estensione Territoriale; Art. 5 Massimali, Scoperti, Franchigie e Spese di Difesa; Art. 6 Cessazione dell'Assicurazione; Art. 7 Cessazione dell'attività (Garanzia Postuma); Art. 8 Garanzie Aggiuntive sempre operanti; Art. 9 Garanzie Aggiuntive valide se espressamente richieste e richiamate nella scheda; Art. 10 Obblighi in caso di sinistro; Art. 11 Mandato al Perito dell'Assicurazione;

- **ESCLUSIONI AGGIUNTIVE**

Art. 12 Clausola millennio; Art. 13 Esclusione del rischio cyber e dati; ; Art. 14 Clausola di esclusione materiali chimici e biologici; Art. 15 Limitazione ed esclusione in presenza di sanzioni; Art. 16 Esclusione dell'amianto e delle muffe tossiche;

- **CONDIZIONI SPECIALI**

FIRMA QUI >> _____ DATA >>> _____

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatoci ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. 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 "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale S.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE E DELLE ESIGENZE

<p>L'obiettivo assicurativo è la protezione del patrimonio dalle richieste di risarcimento dovute a danni causati a terzi:</p>	<p>Nell'esercizio della propria professione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Dichiarazione dell'Intermediario sulla Coerenza. Dichiarazione di coerenza ex art. 58, comma 4-bis, Reg. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020. Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto, il distributore prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto risulti coerente con le richieste ed esigenze del contraente.</p>	<p>Ho letto e compreso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Esistenza di altre coperture assicurative su:</p>	<p>Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Infortunati <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Malattia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Incendio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Furto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Cauzioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Previdenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Multi rischi in genere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Tutela legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Trasporti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Auto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Nessuna <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Altro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	

<p>Quali sono le sue esigenze assicurative?</p>	<p>Premorienza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
	<p>Veicoli <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

Redditi/Finanziamenti SI NO**Tenore di vita/Patrimonio** SI NO**Beni** SI NO**Responsabilità civile professionale** SI NO**Viaggi** SI NO**Tutela legale** SI NO**Infortuni** SI NO

FIRMA QUI >> _____ **DATA >>>** _____