

**MODULO DI PROPOSTA**  
**P.O. COLPA GRAVE SINGOLO CONTRAENTE – PERSONALE AMMINISTRATIVO**

1. Dati generali riguardanti l'assicurato

Nome e Cognome

Indirizzo (via, città, CAP, provincia)

Codice Fiscale

Ente di Appartenenza (campo obbligatorio)

N. Abitanti (rispondere solo se dipendente Comunale)

Indirizzo di posta elettronica e/o posta elettronica certificata

**Compilare la tabella sottostante utilizzando le mansioni qui riportate ad titolo esemplificativo.**

<b>MANSIONI AMMINISTRATIVE</b>
Presidente-Sindaco
Vice Presidente-Vice Sindaco
Commissario straordinario
Responsabili di posizione
Assessori
Consiglieri
Direttore Generale
Segretario
Dirigenti amministrativi
Dirigenti (professione legale)
Funzionari/posizioni organizzative (ruolo amministrativo)
Se altro specificare

AMM.VO	ENTE DI APPARTENENZA	MANSIONE (VEDI TABELLA PRECEDENTE)	SETTORE/AREA DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'	MASSIMALE PER ASSICURATO E PER ANNO E PER SINISTRO
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>				€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/>

2. Il Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo? Si  No

Se sì, specificare:

Denominazione della Compagnia \_\_\_\_\_

Massimale \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_

3. Sono mai state rifiutate o annullate polizze all'assicurato per questa tipologia di rischio? Si  No

Se sì. Specificare.

4. Sono mai stati inoltrati reclami, con riferimento all'attività eventualmente assicurata dalla emittenda polizza, nei confronti dell'assicurato negli ultimi 5 anni? Si  No

Se sì. Specificare.

5. Siete a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento con riferimento all'attività eventualmente assicurata dalla emittenda polizza negli ultimi 5 anni? Si  No

Se sì. Specificare.

#### **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

\_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_