

MODULO DI PROPOSTA

Psicologo  Dottore in Scienze Psicologiche

1. Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_

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

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

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

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

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

2. Massimale richiesto 250.000,00 €  ; 500.000,00 €  ; 1.000.000,00 €  1.500.000,00 €

3. Rinnovo Automatico Si  No

4. Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività  Cinque anni  Dieci anni  Illimitata

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?

Si  No

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 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 si, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 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

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. 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

Se si, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SPLIT DEL FATTURATO

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

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	ANNO CORRENTE 2..... (STIMA)
Attività relative all'uso degli strumenti conoscitivi e di diagnosi	€	€
Attività di abilitazione e riabilitazione e di sostegno in ambiti di organismi sociali e alle comunità	€	€
Attività di ambito	€	€
Attività di psicoterapia	€	€
Attività di Perito del Tribunale	€	€
Attività di libera docenza	€	€
Attività di mediazione/conciliazione	€	€
Altro (specificare) _____	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)?      Sì       No

\* Altro 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 sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le "Condizioni di Assicurazione", il "Glossario" che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo 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°2 - 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_