

MODULO DI PROPOSTA
RC PROFESSIONALE TATUATORE

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

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 abilitazione (GG/MM/AA) _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	DATA DI ABILITAZIONE

3. Fascia di fatturato di appartenenza:

€ 0 - 250.000	<input type="checkbox"/>	Specificare € _____
Maggiore di € 250.001	<input type="checkbox"/>	

4. Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

€250,000 €500,000 €1.000,000

5. Retroattività:

Data effetto polizza Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente il consenso informato? SI NO

Il contraente/assicurato fa firmare al paziente prima di lasciare lo studio la dichiarazione di conformità con quanto richiesto ad inizio seduta? SI NO

6. SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio

Altre assicurazioni e precedenti assicuratori

Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ Numero di polizza _____ (b) Massimale assicurato € _____ (c) Franchigia € _____ (d) Data di scadenza _____ (e) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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 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°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
_____	_____	_____