

# CUNEOASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

MODULO DI PROPOSTA

D&O + PO ORDINI E COLLEGI

Compagnia/e con la/e quale/i intende assicurarsi:

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.

TOKIO MARINE HCC

## Sezione A: DATI PROPONENTE

1) Ragione sociale/forma giuridica del Proponente \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_  
Indirizzo legale e/o sede sociale (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_  
Data di costituzione persona giuridica \_\_\_\_\_  
Sito Web \_\_\_\_\_  
Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_  
Attività \_\_\_\_\_

## Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

2) Massimale richiesto 250.000,00 €  500.000,00 €  1.000.000,00 €  1.500.000,00 €  altro € \_\_\_\_\_

3) Modalità di rinnovo:

- Automatico (solo per polizze Lloyd's) Si  No
- Tacito (solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si  No

4) Estensione territoriale come da condizioni di polizza: **Mondo Intero escluso USA e Canada**

5) Periodo di retroattività: **ILLIMITATA**

6) Indicare la fascia corrispondente al numero di iscritti: <100  >100 <500  >500 <1500  >1500

7) Esistono, o sono esistiti negli ultimi 2 anni, piani di ristrutturazione aziendale che prevedono la riduzione del personale, prepensionamenti, cassa integrazione, licenziamenti? Si  No

Se sì, fornire dettagli \_\_\_\_\_

8) Indicare l'elenco dei principali finanziatori/associati/partners, se esistenti: \_\_\_\_\_

## Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI

9) L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per questo tipo di polizze? Si  No

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

10) In caso affermativo indicare da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo: \_\_\_\_\_

11) 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.

12) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per questo tipo di polizza negli ultimi 3 anni? Si  No

Se sì, fornire dettagli \_\_\_\_\_

## Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE

13) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'Ordine o Collegio professionale e/o dei consiglieri negli ultimi 3 anni? Si  No

14) Indicare se negli ultimi 3 anni o nelle precedenti gestioni sia iniziata o si sia conclusa alcuna vertenza legale (richiesta di risarcimento di carattere civile o procedimento di carattere penale) nei confronti dell'Ordine o Collegio professionale e/o dei consiglieri. Si  No

15) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'Ordine o Collegio professionale e/o i consiglieri? Si  No

16) Indicare se l'Ordine o Collegio professionale, nel corso degli ultimi 12 mesi, sia stata inadempiente relativamente a qualsiasi debito. Si  No

**In caso di una o più risposte affermative (alle domande 13-14-15-16) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.**

## Sezione E: COLPA GRAVE

17) Se richiesta copertura compilare la tabella:

COGNOME E NOME	MANSIONE	SETTORE/AREA DI COMPETENZA	MASSIMALE PER ASSICURATO E PER ANNO
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>

# CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

## Sezione F: CONSIGLIO DI DISCIPLINA

18) Se richiesta copertura compilare la tabella:

COGNOME E NOME	MANSIONE	SETTORE/AREA DI COMPETENZA	MASSIMALE PER ASSICURATO E PER ANNO
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>
			€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/>

### IMPORTANTE

CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

### NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY 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 CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY 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 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

# CUNEOASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

Da compilare solo in caso di risposta affermativa alle domande della Sezione D (13-14-15-16)

## SEZIONE G: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 3 ANNI

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

## SEZIONE H: VERTENZE LEGALI NEGLI ULTIMI 3 ANNI

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

## SEZIONE I: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale circostanza - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

## SEZIONE L: INADEMPIENZE ORDINE O COLLEGIO PROFESSIONALE

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo ente – data evento – descrizione evento – stato attuale procedura - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma