

MODULO DI PROPOSTA
MISCELLANEOUS
PER ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE ENERGETICA, COSÌ COME NORMATO DAL D.L. RILANCIO 19/05/2020 N.34 EX ART 119 E S.M.I

1. Nome del Contraente/Assicurato: _____

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Anno di Iscrizione all'Albo e di Inizio Attività (GG/MM/AA): _____

Data inizio attività di certificazione energetica _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr.crediti conseguiti _____

 Geometra **Perito** **Architetto** **Ingegnere** **Geologo** **Chimico** **Altro** _____

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

| COGNOME E NOME | CODICE FISCALE | PROFESSIONE | DATA INIZIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE | DATA INIZIO ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE ENERGETICA | DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E NR. CREDITI CONSEGUITI |
|----------------|----------------|-------------|------------------------------------|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3. Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

| ATTIVITA' (indicare il fatturato per la sola attività inerente la certificazione energetica) | ANNO 2..... | ANNO 2..... |
|--|-------------|-------------|
| ATTIVITA' CERTIFICAZIONE ENERGETICA | € | € |
| TOTALE | € | € |

 4. Massimale: € 500.000 € 1.000.000 ALTRO

 5. Rinnovo Automatico Si No

6. Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo per l'attività di certificazione energetica? _____

7. Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo per l'Rc professionale? _____

8. In caso di polizze precedenti o in corso, compilare lo schema qui sotto riportato con i dati dell'ultima copertura:

 Polizza RC Professionale Polizza RC Professionale con Estensione Certificazione energetica

| Nome Assicuratore | Periodo di assicurazione (gg/mm/aaaa) | Retroattività | Massimali | Franchigie | Premio Lordo |
|-------------------|---------------------------------------|---------------|-----------|------------|--------------|
| | | | | | |

 9. 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 _____

 10. 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

 11. 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
In caso di una o più risposte affermative (alle domande 10-11) pregasi fornire maggiori dettagli su foglio separato.

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 |
| _____ | _____ | _____ |

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/compiler 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 "rivalutare" 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 |
| _____ | _____ | _____ |