



**MODULO DI PROPOSTA**  
**D&O + PO ORDINI E COLLEGI**

1.

- Ragione sociale e forma giuridica del Contraente/Assicurato:

\_\_\_\_\_

- Indirizzo Sede legale e/o Sede sociale (via, città, CAP, provincia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Partita Iva/Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- Data di costituzione: \_\_\_\_\_

- Attività svolte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Sito Web: \_\_\_\_\_

- Indirizzo di posta elettronica e/o posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

2. Indicare la fascia corrispondente al numero di iscritti:

<b>iscritti all'albo</b>						
<b>&lt;100</b>		<b>&gt;100 &lt;500</b>		<b>&gt;500 &lt;1500</b>		<b>&gt;1500</b>

3. Elenco dei principali finanziatori/associati/partners, se esistenti:

<b>NOMINATIVI</b>	<b>NOMINATIVI</b>	<b>NOMINATIVI</b>

4. Gli assicurati hanno in corso, o hanno avuto negli ultimi 3 anni, altre polizze di questo tipo?      SI       NO

Nome Assicuratore	Massimali	Franchigie	Premio Lordo	Retroattività

5. E' richiesta l'Estensione all'Organismo di Composizione della Crisi da Sovraindebitamento?      SI       NO

6. Sono mai state rifiutate coperture assicurative per questi rischi?      SI       NO

In caso affermativo, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

7. 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, dei Consiglieri.      SI       NO

In caso affermativo, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

8. Indicare se l'Ordine o Collegio Professionale, nel corso degli ultimi 12 mesi, sia stato inadempiente relativamente a qualsiasi debito.      SI       NO

In caso affermativo, fornire dettagli

\_\_\_\_\_



9. Indicare se gli assicurati o l'Ordine o Collegio Professionale proponente sono a conoscenza di fatti, circostanze o di richieste presenti o passati che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento di carattere civile o procedimenti di carattere penale. SI  NO

In caso affermativo, fornire dettagli

---



---

10. Massimale richiesto (per sinistro e per periodo assicurativo)

250.000,00 €  500.000,00 €  1.000.000,00 €  1.500.000,00 €  altro € \_\_\_\_\_

11. Estensioni:

- a) membro di organismo di composizione della crisi da sovra indebitamento SI  NO

Nominativi degli organismi e dei soggetti assicurati per il quale si richiede estensione:

---



---

- b) membro di organismo di vigilanza SI  NO

Nominativi degli organismi e dei soggetti assicurati per il quale si richiede estensione:

---



---

- c) "COLPA GRAVE" Si  **compilare la tabella** No

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



d) "CONSIGLIO DI DISCIPLINA"

Si  **compilare la tabella**

No

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

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_