

MODULO DI PROPOSTA

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nel **Modulo di Proposta o Questionario** e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il **Questionario** forma parte integrante del contratto.

1. INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome o Denominazione sociale:

Indirizzo: Città: Prov.

C.A.P.: Tel: Cell:

Codice Fiscale: P.IVA:

Indirizzo e-mail: Website:

Data inizio attività: Ordine della Prov.di:

2. TIPO DI ATTIVITÀ

2.a) Indicare a quale categoria professionale appartiene l'Assicurato (in caso di Società o Studi Associati si prega barrare tutte le caselle corrispondenti ad ogni singolo professionista):

<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Architetto Junior	<input type="checkbox"/> Pianificatore	<input type="checkbox"/> Pianificatore Junior	<input type="checkbox"/> Paesaggista	<input type="checkbox"/> Conservatore
<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Ingegnere Junior	<input type="checkbox"/> Perito Industr.	<input type="checkbox"/> P. Ind. Laureato	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Geom. Laureato
<input type="checkbox"/> Geologo	<input type="checkbox"/> Agronomo e Forestale	<input type="checkbox"/> Perito Agrario	<input type="checkbox"/> P. Agrario Laureato	<input type="checkbox"/> Agrotecnico	<input type="checkbox"/> Agrotec. Laureato

2.b) Forma giuridica (barrare):

- Professionista (ditta individuale)
 Studio Associato
 Società di Professionisti
 Società di Ingegneria
 Società di Servizi
 Altro _____

2.c) Si richiede l'Estensione della copertura ai **Componenti della Società/Studio Associato/Associazione Professionale, in qualità di professionisti individuali (Art. 31)?** Sì No

Se Sì, compilare la tabella sotto riportata.

Cognome e Nome	Data di Nascita	* Fatturato Esercizio Fiscale Anno Precedente (Imponibile IVA)	Titolo

***ATTENZIONE:**

Alla voce **Fatturato Esercizio Fiscale Anno Precedente** si deve indicare il Fatturato al netto dell'IVA di ogni Componente con l'esclusione degli importi e delle Fatture emesse nei confronti della Società, Studio Associato o Associazione Professionale (Fatturato Intragruppo).

2.d) Il Proponente (o un socio/associato) ricopre incarichi in qualità di Componente del:

Consiglio dell'Ordine <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio Nazionale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio di Disciplina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Se "Sì", specificare incarico:

Nome e cognome e titolo (se socio/associato):

Ordine o Consiglio di Disciplina di:

2.e) Si è in possesso di Certificazioni di qualità rilasciato da Ente e/o Società autorizzata? Sì No

Se Sì, quale

3. DETTAGLI SULL'ATTIVITÀ

3.a) Si prega di compilare la tabella sottostante indicando la natura delle Opere e il tipo di attività svolta (relativa al FATTURATO ESERCIZIO FISCALE ANNO PRECEDENTE) seguendo la seguente LEGENDA:

A) Progettazione	B) Progettazione Strutturale	C) Ristrutturazione	D) Collaudi															
E) Sicurezza	F) Direttore/Responsabile Lavori	G) Certificazione	H) Studi Geotecnici															
I) Incarichi Amm.vi (Consulenze – Perizie – Visure – Rilievi — Contabilità – Validazione– CTU - Prevenzione Incendi - Ecc.)																		
NATURA OPERE								TIPOLOGIA ATTIVITÀ (Barrare tipo attività)		% su Fatturato Totale								
ESCLUSIVAMENTE Architettura d'interni										%								
I° GRUPPO DI RISCHIO	Tutte le OPERE previste da leggi e regolamenti che disciplinano la professione con esclusione delle opere riportate nel II GRUPPO DI RISCHIO e ALTRE ATTIVITÀ.							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
II° GRUPPO DI RISCHIO	Costruzioni oltre 10 piani/30 unità (abitative/uffici/negozi)							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Ponti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Opere Bagnate							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Aeroporti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Impianti Eolici							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Ospedali e Cliniche							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Pozzi e Opere Sotterranee							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Impianti industriali completi							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Impianti Fotovoltaici							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Gestione e Trattamento dei Rifiuti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Centrali Produzione Energia (Imp. Chimici/Petrolchimici/Offshore)							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Imbarcazioni e Velivoli							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	OPERE AD ALTO RISCHIO Art. 39)	Ferrovie, Strade Ferrate							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Funivie							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Gallerie							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Dighe, Sbarramenti, Invasi, Bacini							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Porti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
Opere Subacquee							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%		
Parchi Giochi e Luna Park							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%		
ALTRE ATTIVITÀ	Amministratore di Stabili										%							
	Mediazione nella Conciliazione (D.M. 180/2010 e D.M. 183/2010)										%							
Indicare il FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO PRECEDENTE (imponibile ai fini IVA e comprensivo del fatturato di ciascuna ditta individuale di cui alla domanda 2.c)								€ _____										
STIMA FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO IN CORSO								€ _____										

3.b) Indicare la percentuale approssimata dell'attività svolta per:

Settore Pubblico _____ %	Settore Privato _____ %
---------------------------------	--------------------------------

3.c) Con riferimento ai **5 incarichi** più importanti **degli ultimi tre anni**:

- sono state svolte attività su opere il cui valore totale è superiore ad € 500.000? Sì No
- sono state svolte attività su opere appartenenti al **II° Gruppo di Rischio**? Sì No

Se **“Sì”** ad una delle due compilare il seguente riquadro con i dettagli delle relative opere:

NOTA: Per il tipo di attività si prega utilizzare le lettere di cui alla Legenda del quesito **3.a)**

Anno inizio	Anno fine	Tipo di Committente	Opera	Tipo di attività prestata	Valore tot. Opera (€)	Valore introiti (€)

3.d) Si svolge attività di perizia e stima al fine della concessione di finanziamenti o mutui? Sì No

Se **Sì**, indicare:

% sul fatturato totale anno precedente: _____ % Valore medio stimato: € _____

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

4.a) Il Proponente è mai stato Assicurato per la R.C. Professionale? Sì No

Se **Sì** compilare la tabella sottostante e possibilmente allegare copia dell' ultimo contratto:

Compagnia		Retroattività	
Massimali		Scoperti e franchigie	
Data di scadenza		Numero anni copertura continua	
Premio Annuo			

4.b) 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?

Sì No

4.c) 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?

Sì No

4.d) 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 collaboratore o membro dello staff presente e/o passato?

Sì No

Nel caso avesse risposto “Sì” al quesito 4.b) si prega di fornire maggiori informazioni nello “SPAZIO DI INTEGRAZIONE” che segue. Nel caso di risposta positiva ad almeno uno dei quesiti **4.c)** e/o **4.d)** verrà richiesta la compilazione di una **Scheda sinistro** che il proprio broker o Corrispondente dei Lloyd's potrà fornire.

5. CONDIZIONI RICHIESTE

Si prega voler compilare le seguenti tabelle in relazione alle caratteristiche desiderate (più scelte opzionabili):

MASSIMALE			
<input type="checkbox"/> € 250.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 750.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000
<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> Altro €

RETROATTIVITÀ	
<input type="checkbox"/> Data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 1 Anno dalla data di decorrenza <input type="checkbox"/> 2 Anni dalla data di decorrenza
<input type="checkbox"/> Illimitata	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare numero di anni)

FRANCHIGIA PER SINISTRO		
Fatturato (fino a)	Franchigie BASE	FRANCHIGIA RICHIESTA
€ 90.000	€ 1.000	<input type="checkbox"/> Franchigia BASE <input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> 5 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> 10 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> Per fatturato superiore ad € 300.000 indicare la franchigia richiesta €
€ 120.000	€ 1.200	
€ 150.000	€ 1.500	
€ 180.000	€ 1.800	
€ 215.000	€ 2.150	
€ 250.000	€ 2.500	
€ 300.000	€ 3.000	

6. CLAUSOLE A PATTUIZIONE ESPRESSA

<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE CONTRATTI CHIAVI IN MANO "GENERAL CONTRACTING" (Fornire dettagli nello "Spazio di Integrazione")
<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE RC PATRIMONIALE NELL'ESERCIZIO DI FUNZIONI / CARICHE PUBBLICHE Ente di Appartenenza: Posizione/Carica: Retribuzione lorda percepita negli ultimi 12 mesi: €
<input type="checkbox"/>	ESCLUSIONE ATTIVITÀ RSPP, ASPP e COORDINATORE ALLA SICUREZZA
<input type="checkbox"/>	RIDUZIONE LIMITE DI INDENNIZZO PER DANNI PATRIMONIALI AL 50%
<input type="checkbox"/>	ESCLUSIONE OPERE ALTO RISCHIO solo se NON si sono mai svolte attività a loro riferite. <i>Nel caso in cui nel corso del contratto si riceve un incarico riferito a dette opere, l'Assicurato deve dare immediata comunicazione dell'aggravamento di rischio (Art. 21). Si consiglia di NON chiederne l'esclusione.</i>

7. DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.
- di aver ricevuto e preso visione degli Allegati 7A e 7B e dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Data _____ Nome e Cognome: _____ Firma _____

8. SPAZIO DI INTEGRAZIONE (se non sufficiente utilizzare un foglio aggiuntivo)

Data ____ / ____ / ____ Firma del Proponente _____