

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO – LLOYD’S
 PER L’ ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL
TECNICO ABILITATO ALL’ASSEVERAZIONE
 ai sensi del comma 14 Art. 119 D.L. 34/2020 convertito in Legge 77/2020

AVVERTENZE

Ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete e le reticenze possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’indennizzo.

L’assicurazione è prestata nella forma “CLAIMS MADE”, ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest’ultimo denunciate all’Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. CONTRAENTE

COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____ Comune: _____ (____)CAP: _____

Indirizzo e-mail: _____ Telefono: _____

Website: _____

2. ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

INGEGNERE ARCHITETTO GEOMETRA PERITO INDUSTRIALE

2.2 Il presente Modulo di Proposta / Questionario ha lo scopo di assicurare:

<input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO oppure ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ
---	---	----------------------------------

2.3 Dettagli ASSICURANDO / I

a) In caso di PROFESSIONISTA INDIVIDUALE o Società – Dettagli come da Domanda 1 (Contraente = Assicurando)

b) In caso di STUDIO ASSOCIATO (specificare):

COGNOME e Nome	Attività Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Si richiede copertura per attività con propria P. IVA
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3. INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' DA ASSICURARE

3.1 Per singola asseverazione - Committente dei lavori:

3.2 Descrizione dell'opera (tipologia di interventi):

3.3 Luogo di esecuzione dell'opera:

3.4 Valore complessivo dell'opera relativamente all'intervento asseverato € _____

3.5 Data effettiva (o prevista) inizio lavori: _____

3.6 Data effettiva (o prevista) fine lavori: _____

3.7 Introiti lordi per gli interventi di cui al comma 14 dell'Art. 119 del D.L. 34/2020 _____

3.8 Se la realizzazione dell'opera è già iniziata, segue i tempi prestabiliti dal Committente? SI NO

4. RICHIESTA COPERTURA CUMULATIVA

Indicare la stima totale delle asseverazioni durante l'anno assicurativo: _____

Indicare la stima totale degli introiti derivanti dall'attività di asseverazione durante l'anno assicurativo:

5. RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

a. Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento relative ad errori, omissioni o negligenza professionali imputate/imputabili alla polizza RC Professionale generica: SI NO

b. Si è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento per errori, omissioni o negligenza professionali negli ultimi 5 anni? SI NO

6. COPERTURA RICHIESTA AI SENSI DELL'ART. 119 COMMA 14 – D.L. 34/2020

Massimale assicurato

€ 500.000,00 € 1.000.000,00

€ 1.500.000,00 € 3.000.000,00

a. CONDIZIONI SPECIALI - ESTENSIONI DI GARANZIA

Le seguenti condizioni di garanzia potranno essere attivate **previa richiesta dell'Assicurato ed accettazione da parte dell'Assicuratore.**

Art. 1 Spese per il ripristino della reputazione SI NO

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

7. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Contraente / Assicurando e degli altri soggetti di cui al punto 2.3 del presente Modulo di Proposta / Questionario, **DICHIARA:**

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, l'Assicuratore formulerà relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando/i né l'Assicuratore alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del DIP e DIP Aggiuntivo, redatti ai sensi della Direttiva EU 2016/97, unitamente alle Condizioni di Assicurazione, Modulo di Proposta/Questionario;
- vi. Qualora il Contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente l'Assicuratore di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome _____

Posizione _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

