



QUESTIONARIO – PROPOSTA

Proposta di assicurazione R.C. per Architetti – Ingegneri – Geometri – Periti Industriali

*Proposal Form – Professional Indemnity Insurance of
Architects – Engineers – Surveyors – Industrial Experts*

La seguente **Proposta di ASSICURAZIONE** viene rilasciata in relazione ad un **polizza “claims made”** che copre esclusivamente le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'ASSICURATO e notificate agli ASSICURATORI nel periodo di POLIZZA, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

WARNING - This Proposal form is in respect of Third Party Liability Policy – Claims Made basis. That is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. When the insurance period is over, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

AVVERTENZE UTILI

USEFUL INFORMATION

A - Gli Assicuratori **non possono esaminare** costruttivamente le **proposte che presentino risposte mancanti o insufficienti**; si prega quindi di rispondere in modo completo ed esaustivo ad ogni domanda.

A - Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.

B - Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare (“assicurandi”) e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.

B - Some questions entail that all Professional sto be insubre (“listed Professionals”) be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.

C – Le risposte e le informazioni fornite costituiscono dichiarazioni sulle quali si baserà il contratto, nel caso in cui questo venga stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

C – Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. You are recommended to bear in mind the provisions of Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code.

D - La sottoscrizione di questo Questionario-Proposta non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a stipulare il **Contratto di Assicurazione**.

Signing this form shall not bind either the Proposer or Underwriters to make the insurance contract.

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI				
<i>Proposer - General Information</i>				
Cognome e Nome Ragione Sociale (in caso di Persona Giuridica) <i>Name of Proposer</i>				
Indirizzo Completo (Via – Città – Prov. – CAP) <i>Head Office Address</i>				
P.IVA		CODICE FISCALE		
Attività esercitata <i>Firm's Professional Business</i>	<input type="checkbox"/> Architetto <i>(Architect)</i>	<input type="checkbox"/> Ingegnere <i>(Engineer)</i>	<input type="checkbox"/> Geometra <i>(Surveyor)</i>	<input type="checkbox"/> Perito Industriale <i>(Industrial Expert)</i>
Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>	Numero e Anno di iscrizione all'Albo <i>N. and Year of enrolment</i>			
Titolo di studio <i>Licence type</i>				
In quale delle tre figure che seguono (A, B, C) rientra il Proponente di questa assicurazione? <i>Under which of the following three cases (A, B, C) does the Proposer fall?</i>				
A	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per se stesso <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only</i>			
B	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce 2 che segue, che con lui condividono lo studio all'indirizzo sotto indicato <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals as listed under Section 2, who share with him the office premises at the address stated below</i>			
C	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono (elencati alla voce 2 che segue) <i>Partnership which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals (as listed under Section 2) who are members thereof</i>			

2. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA ASSICURARE (IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO)			
<i>Informations about Proposers insured (IN CASE OF PARTNERSHIP)</i>			
Informazioni riguardanti i collaboratori, compresi quelli interni, utilizzati nell'espletamento delle attività professionali <i>Details of Staff (including Agency Staff) employed to carry out the professional duties</i>			
Titolo <i>Title</i>	Cognome e Nome Codice Fiscale e Attività <i>Name and Activity</i>	Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>	Numero e Anno di iscrizione all'Albo <i>N. and Year of enrolment</i>

3. SEDI SECONDARIE

Subsidiary Offices

Se lo Studio/Società ha anche sedi secondarie, precisare le località ove ciascuna è situata (se lo spazio non è sufficiente, provvedere con foglio separato, datato e firmato).

Please state location of each subsidiary office, if any (if this space is not sufficient, please use a separate sheet, duly dated and signed).

4. ALTRE INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA' SVOLTA

Others information about the activities – Type Description

Specificare la tipologia delle attività svolte

<input type="checkbox"/> Certificazione ambientale <i>Environmental Certification</i>	<input type="checkbox"/> Direzione Lavori <i>(supervision)</i>
<input type="checkbox"/> Certificazione Energetica <i>Energy Certification</i>	<input type="checkbox"/> Progettazione <i>(design)</i>
<input type="checkbox"/> Collaudi <i>(test)</i>	<input type="checkbox"/> Rilievi catastali e topografici <i>(cadastral surveys)</i>
<input type="checkbox"/> Coordinatore sicurezza D.Lgs 81/2008 (ex D.Lgs 626/94) <i>(safety coordinator D.Lgs 81/2008 – ex D.Lgs 626/94)</i>	<input type="checkbox"/> R.U.P. (Responsabile Unico del Procedimento) <i>(“R.U.P.”)</i>
<input type="checkbox"/> Consulenza ed adempimenti burocratici <i>(advice and bureaucratic)</i>	<input type="checkbox"/> Stime e perizie <i>(evaluation, survey)</i>
<input type="checkbox"/> Direzione di Cantiere <i>(direction of building site)</i>	<input type="checkbox"/> Alto (specificare) _____

5. RISCHI A PATTUIZIONE ESPRESSA

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario. Indicare con SI o un NO la richiesta che si vuole esercitare (N.B. Se una casella è lasciata in bianco o è riportata una risposta diversa da SI, la corrispondente voce è da considerarsi esclusa).

Unless otherwise agreed, the following activities and functions are excluded from the insurance. Which of them are carried out by any of the listed Professionals, and are therefore to be covered?

Attività <i>Activity</i>	SI o NO <i>(Yes or No)</i>
A – ESTENSIONE ALLA LEGGE MERLONI (SU SPECIFICI LAVORI – FORNIRE DETTAGLI: VALORE OPERA E DURATA) <i>Low “Merloni”</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B – ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITA' <i>Interruption and suspension of activities</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C – ESTENSIONE EFFETTUAZIONE OPERE AD ALTO RISCHIO <i>High risk works</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D – INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI “GENERAL CONTRACTOR” <i>“General Contractor”</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

6. INFORMAZIONI SUL FATTURATO AZIENDALE		
<i>Fees (in Euro) - Please Fill Each Section</i>		
Attività <i>Activities</i>	Nel passato esercizio <i>In prior year</i>	Stima per l'esercizio corrente <i>In current year</i>
Costruzioni residenziali <i>Residential Building</i>		
Costruzioni oltre 10 piani <i>High Rise buildings (+10 floors)</i>		
Università/Scuole/Alberghi/Ospedali <i>Universities/Shools/Hotels/Hospitals</i>		
Strade ed autostrade <i>Highways and roads</i>		
Magazzini ed Edifici industriali <i>Warehouses/Factory building</i>		
Ingegneria geotecnica <i>Geotechnics Engineering</i>		
Fondazioni profonde <i>Deep foundations</i>		
Rivestimenti <i>Wall's facing</i>		
Ponti <i>Bridges</i>		
Gallerie <i>Tunnels</i>		
Dighe <i>Dams</i>		
Barriere difesa marittima <i>Sea defence</i>		
Centrali elettriche a turbina <i>Turbo generating plant</i>		
Centrali nucleari <i>Nuclear power plant</i>		
Dighe / invasi / bacini <i>Dams & Reservoirs</i>		
Gestione e trattamento dei rifiuti <i>Waste Management/Treatment</i>		
Impianti chimici e petrolchimici <i>Chemical and Petrochemical</i>		
Impianti di condizionamento <i>Air Conditioning/Heating/Ventilation</i>		
Impianti manifatturieri e siderurgici <i>Manufacturing and milling plant</i>		
Magazzini frigoriferi e refrigerazione <i>Cold storage/refrigeration</i>		
Opere di fondazioni diverse <i>Soil/Piling foundation work</i>		
Ponti e tombini <i>Bridges and Culverts</i>		
Porti e Moli <i>Harbours/Jetties</i>		
Posa condotte e cavi sottomarini <i>Offshore Pipelines/Cable Laying</i>		
Pozzi e gallerie <i>Shaft sinking and tunneling</i>		

Reti elettriche/Fognatura/Acquedotti <i>Water/Sewerage/Electrical Systems/networks</i>		
Riempimenti e bonifiche <i>Land fill/Land reclamation</i>		
Terminal Petroliferi e Gasdotti <i>Oil and Gas Terminals</i>		
Torri di raffreddamento e Silos <i>Cooling Towers/Silos</i>		
Uffici e Negozi <i>Offices and Shops</i>		
Valutazioni ambientali ed Inquinamento <i>Environmental/Pollution evaluations</i>		
Certificazione energetica <i>Power certification</i>		
Altro <i>Others</i>		
TOTALI		

7. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI <i>Information about previous policies</i>	
Il proponente ha mai sottoscritto o è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? <i>Has the Proposer previously proposed for or been insured by a professional indemnity policy?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Se la risposta è SI <i>If "yes"</i>	
Compagnia / Company	
Data di inizio / Inception Date	
Data di scadenza / Expiry Date	
Massimale / Limit of Indemnity	
Franchigia / Deductible	
Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata <i>Retroactive cover in the last policy</i>	
Totale ultimo premio pagato <i>Amount last premium payed</i>	
N. di anni di copertura precedente continua <i>Number of years continuous previous insurance</i>	
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / (<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
Se si fornire dettagli (data sinistro, tipo evento, quantificazione richiesta risarcimento, stato del sinistro) <i>If "yes" please provide details</i>	

9. MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO E FRANCHIGIA OPERANTE <i>Limit of Indemnity required and related Deductible</i>					
ARCHITETTI – INGEGNERI - PERITI <i>Architect – Engineers – Loss Adjusters</i>					
Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>	
<input type="checkbox"/> € 250.000,00		<input type="checkbox"/> € 500.000,00		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	
Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>	
Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 500,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 750,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 1.000,00
Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 1.000,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 1.500,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 2.000,00
Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>	
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00		<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00		<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	
Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>	
Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 1.500,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 2.000,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 2.500,00
Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 3.000,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 3.500,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 5.000,00
<input type="checkbox"/> ALTRA OPZIONE / <i>Other Option</i>		Massimale / <i>Limit</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>	
		€ _____		€ _____	

GEOMETRI - GEOLOGI <i>Surveyors and Geologist</i>					
Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>		Massimale / <i>Limit</i>	
<input type="checkbox"/> € 250.000,00		<input type="checkbox"/> € 500.000,00		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	
Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>	
€ 500,00		€ 750,00		€ 1.000,00	
<input type="checkbox"/> ALTRA OPZIONE / <i>Other Option</i>		Massimale / <i>Limit</i>		Franchigia / <i>Deductible</i>	
		€ _____		€ _____	

10. RETROATTIVITA' RICHIESTA <i>Retroactive Cover required</i>	
N.B. La retroattività viene concessa dietro valutazione da parte degli Assicuratori che, in caso di accettazione, procederanno a calcolare il sovrappremio richiesto	
Numero anni (da 1 a 10 anni) prima della data di effetto _____ <i>Years (from 1 to 10 years before inception date)</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna retroattività <i>No retroactive cover</i>

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario-Proposta, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Questionario-Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO-PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Nome e Cognome di chi firma in nome e per conto dei soggetti assicurati

.....

Ruolo aziendale

Firma

Data/...../.....

“Codice della Privacy” (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” comunicatici ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento ISVAP in materia di intermediazione assicurativa. 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 “titolare” del “trattamento” è ALL RISKS s.r.l..

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671