

**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. 32)?  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:

<b>Consiglio dell'Ordine</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>Consiglio Nazionale</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>Consiglio di Disciplina</b> <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 <u>oltre</u> 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/Petrochimici/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	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)												%	
	Progettazione di Software												%	
Indicare il <b>FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO PRECEDENTE</b> (imponibile ai fini IVA e <u>comprensivo del fatturato di ciascuna ditta individuale di cui alla domanda 2.c)</u>										€ _____				
<b>STIMA FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO IN CORSO</b>										€ _____				

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

<b>Settore Pubblico</b> _____%	<b>Settore Privato</b> _____%
--------------------------------	-------------------------------

**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 Anno 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 <b>BASE</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> <b>5</b> volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> <b>10</b> volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> <b>Per fatturato superiore ad € 300.000</b> <b>indicare la franchigia richiesta € .....</b>
€ 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"/>	<b>ESTENSIONE</b> PROGETTAZIONE SOFTWARE ( Fornire dettagli nello “Spazio di Integrazione”)
<input type="checkbox"/>	<b>ESTENSIONE</b> CONTRATTI CHIAVI IN MANO “GENERAL CONTRACTING” (Fornire dettagli nello “Spazio di Integrazione”)
<input type="checkbox"/>	<b>ESTENSIONE</b> RC PATRIMONIALE NELL’ESERCIZIO DI FUNZIONI / CARICHE PUBBLICHE Ente di Appartenenza: ..... Posizione/Carica: ..... Retribuzione lorda percepita negli ultimi 12 mesi: € .....
<input type="checkbox"/>	<b>ESCLUSIONE</b> ATTIVITÀ RSPP, ASPP e COORDINATORE ALLA SICUREZZA
<input type="checkbox"/>	<b>RIDUZIONE</b> LIMITE DI INDENNIZZO PER DANNI PATRIMONIALI AL 50%
<input type="checkbox"/>	<b>ESCLUSIONE</b> OPERE ALTO RISCHIO solo se <b>NON</b> 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. 22). Si consiglia di <b>NON</b> 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 \_\_\_\_\_