

CONVENZIONE CNAPPC

QUESTIONARIO/PROPOSTA
DI ASSICURAZIONE PER LA POLIZZA DI

Responsabilità Civile Professionale

*Architetti, Architetti Junior, Pianificatori, Pianificatori Junior,
Paesaggisti, Conservatori*

Ditta Individuale – Studio Associato – Società di Professionisti
Società di Servizi – Associazione Professionale



MODULO DI PROPOSTA CONVENZIONE CNAPPC

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 <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 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 _____

GB GAVA BROKER

INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

Roma, 00182 - Via La Spezia, 89
Tel. (+39) 06.62289470 - Fax (+39) 06.23328762

Bergamo, 24129 - Via Colle dei Roccoli, 2
Tel. (+39) 035.19965214 - Fax (+39) 035.5095725

info@gavabroker.it
www.gavabroker.it

Numero Verde 800 250 882

