

## IL PRODOTTO ASSICURATIVO DEDICATO ALLE ATTIVITA' PROFESSIONALI DI **Architetti** **(FATTURATI FINO A € 100.000)**

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA "CLAIMS MADE" IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA' ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN ASSICURATO SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA, NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA MEDESIMA. VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE UN FOGLIO SEPARATO).

LE RISPOSTE RELATIVE ALLE DOMANDE FORMULATE NELLA PRESENTE PROPOSTA SONO CONSIDERATE DI PRIMARIA IMPORTANZA ED, ALLE STESSE SI DOVRÀ RISPONDERE SOLO DOPO AVER ESPERITO UN ATTENTO E COMPLETO ESAME DELLA PROPRIA ATTIVITÀ.

SI PREGA PERTANTO DI INDICARE QUALSIASI FATTO O CIRCOSTANZA CHE POSSA ASSUMERE RILEVANZA AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEGLI ASSICURATORI IN QUANTO, AI SENSI DEGLI ARTT. 1892-1893 E 1894 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI INESATTE O INCOMPLETE E LE RETICENZE RELATIVE A CIRCOSTANZE, POSSONO COMPORTARE L'ANNULLAMENTO DEL CONTRATTO O COMUNQUE LA PERDITA PARZIALE O TOTALE DELL'INDENNIZZO.

**ATTENZIONE: SE IL PROPONENTE E' UNO STUDIO ASSOCIATO, O UNA ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE O UNA SOCIETA', QUESTO PRODOTTO ASSICURATIVO NON PUO' ESSERE RICHIESTO SEPARATAMENTE DAI SINGOLI PROFESSIONISTI APPARTENENTI AD UNO STESSO STUDIO ASSOCIATO O AD UNA STESSA ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE O AD UNA STESSA SOCIETA'.**

### 1. Dati Anagrafici

Il Proponente:.....P.Iva.....

Indirizzo: .....CAP.....Città.....

### 2. Tipo di attività (barrare l'attività interessata)

Architetto

INDICARE IL FATTURATO RELATIVO ALL'ANNO PRECEDENTE - € .....

**IN BASE AL TIPO DI ATTIVITA' E AL FATTURATO DICHIARATO, BARRARE LA COMBINAZIONE PRESCELTA**

### **TARIFE CON PREMI IMPONIBILI (ESCLUSE IMPOSTE DEL 22,25%)**

(Franchigia Fissa € 2.500)

| Limite Indennizzo                 | Fatturato fino a € 50.000      | Fatturato fino a € 100.000     |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> € 250.000   | <input type="radio"/> € 346,42 | <input type="radio"/> € 535,37 |
| <input type="radio"/> € 500.000   | <input type="radio"/> € 494,88 | <input type="radio"/> € 697,34 |
| <input type="radio"/> € 1.000.000 | <input type="radio"/> € 854,80 | <input type="radio"/> € 944,78 |

**IMPORTANTE:**

La presente proposta, una volta compilata, datata e firmata e inviata al broker, costituisce **ORDINE FERMO DI COPERTURA DEL RISCHIO ED EMISSIONE DELLA POLIZZA.**

**NON SARA' VALIDA COME ORDINE FERMO DI COPERTURA nel caso di risposta SI alle domande A. o B. o C. del questionario e se il fatturato per le attività di sindaco/revisore è oltre il 35%. Sulla base delle informazioni fornite, Dual Italia S.p.a. invierà la relativa quotazione.**

**A.** Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro il Proponente e/o soci passati e/o presenti, e/o qualche membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni ? **SI**  **NO**   
Se **SI**, fornire tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, **ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE**

.....  
.....  
.....

**B.** Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro il Proponente, i soci presenti e/o passati e/o qualche membro dello staff presente e/o passato ? **SI**  **NO**   
Se **SI**, fornire dettagli

.....  
.....  
.....

**Dichiarazione**

Il sottoscritto, 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 costituisce la base del contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

Firma de Proponente



.....

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

---

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui alla Legge 792/84. 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 Dual Italia S.p.a. con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Firma del Proponente



.....