MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.
Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre **compilare, datare e firmare** la presente proposta solo dopo un attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

Geometra

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
  (compilare punto 1.1 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
  (compilare punto 1.2 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (inserire i relativi introiti degli assicurati, fatturato studio più singole partite iva che lo compongono, nel fatturato totale nella tabella-allegato 1).
  (compilare punto 1.2 e 1.3 pagina successiva) ☐

(1.1) Nome e Cognome del Proponente_____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente_____

Indirizzo del Proponente:

Via_____

Città_____ Cap_____Provincia_____

Data di inizio dell'attività ___/___/_____

Anno di iscrizione all'albo ___/___/_____

Sito Web: www_____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Indirizzo PEC: _____@_____

(1.2) Denominazione in caso di Studio Associato:_____

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato:_____

Indirizzo dello Studio Associato:

Via_____

Città_____Cap_____Provincia_____

Sito Web: www_____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Indirizzo PEC: _____@_____

Data costituzione: ___/___/_____

(1.3) In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	QUALIFICA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

2. Massimale richiesto

250.000,00 € ☐ 2.000.000,00 € ☐

500.000,00 € ☐ 2.500.000,00 € ☐

1.000.000,00 € ☐ 5.000.000,00 € ☐

1.500.000,00 € ☐ Altro ☐
indicare: €_____

3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Si ☐ No ☐

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza
Nome Assicuratore:

_____

Massimale: €_____

Franchigie o Scoperti: €_____

Premio Lordo: €_____

Scadenza: ___/___/_____

Retroattività:_____

4.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?

Si ☐ No ☐

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

_____

_____

5. 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 membro dello staff presente e/o passato?

Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

_____

6.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?

Si ☐ No ☐

se si, fornire dettagli

_____

_____

Allegato No.1

Composizione del fatturato per:

GEOMETRA

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria	€	€
Altro (se Amministratore di Condominio il fatturato NON deve superare il 30% del fatturato totale)	€	€
TOTALE	**€**	**€**

** Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

_____
_____
_____

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

Allegato No.2
FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

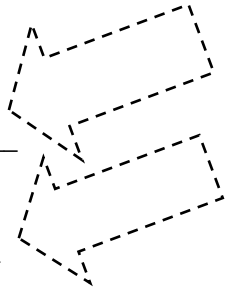
_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

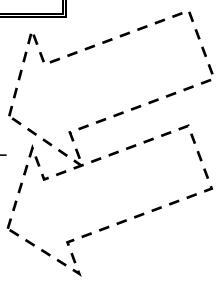


DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'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 costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del SET INFORMATIVO precontrattuale aggiuntivo



Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

IMPORTANTE

+Simple Italia Agency Srl si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).