

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

PER L' ASSICURAZIONE DELLA RC PROFESSIONALE DEI SOGGETTI ABILITATI AL RILASCIO DELLE CERTIFICAZIONI TECNICHE EX-ANTE ED EX-POST

ai sensi dell'Articolo 15 comma 6 DM "TRANSIZIONE 5.0". Decreto 24/07/2024 - Attuazione Art.38 DL 19/2024 convertito dalla legge 29/04/2024 n. 56 (G.U. n. 183 del 06.08.2024)

AVVERTENZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio oggetto dell'Assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento della Polizza (articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).

Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande, suggeriamo un'attenta lettura delle DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI ed ESTENSIONI previste dalle Condizioni di assicurazione.

La risposta a tutte le domande proposte deve essere fornita in modo esauriente; qualora lo spazio dovesse risultare insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare al presente Questionario.

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. CONTRAENTE / ASSICURANDO (Policy Holder & insured)

NOME e COGNOME / RAGIONE SOCIALE

(Name and Surname / Company Legal Name)

PARTITA I.V.A.

(V.A.T. Number)

CODICE FISCALE

(Fiscal Code)

INDIRIZZO

(Address)

COMUNE

(Municipality)

C.A.P.

(Postcode)

E-MAIL / PEC

(E-mail address)

Nr. TELEFONO

(Phone Nr.)

In caso di STUDIO ASSOCIATO, ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE oppure di SOCIETA' Indicare Cognome, Nome e Codice Fiscale del Tecnico Abilitato al Rilascio delle Certificazioni Tecniche Ex-Ante ed Ex-Post:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

2. DETTAGLI SUL PROGETTO DI INNOVAZIONE

2.1 Ragione Sociale dell'Impresa che effettua l'investimento:

2.2 Sede Legale dell'Impresa che effettua l'investimento:

Via _____ Civ. _____ Comune _____ () CAP _____

2.3 Breve descrizione Progetto di Innovazione:

2.4 Data Avvio Progetto: ____ / ____ / ____

Data Completamento Progetto: ____ / ____ / ____

2.5 Ammontare della QUOTA DI INVESTIMENTO:

€ _____

2.5 MASSIMALE RICHIESTO (pari all'ammontare del CREDITO D'IMPOSTA):

€ _____

3. ALTRE ASSICURAZIONI

3.1 Il Contraente/Assicurando ha stipulato o intende stipulare altre polizze "CERTIFICAZIONI TECNICHE EX-ANTE ED EX-POST" a copertura degli stessi interventi oggetto della presente proposta/questionario? Sì No

Se Sì, indicare:

Compagnia	Data di Scadenza	Massimale

3.2 Il Contraente/Assicurato ha in corso una polizza di Responsabilità Civile Professionale? Sì No

Se Sì, indicare:

Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale	Nr. Polizza

4. SINISTROSITÀ / CIRCOSTANZE

4.1 Relativamente alle certificazioni oggetto della presente proposta/questionario, il Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti? Sì No

4.2 Il Contraente / Assicurando ha ricevuto Richieste di Risarcimento, oppure è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti, in relazione ad attività di certificazione negli ultimi 5 anni? Sì No

Se Sì, fornire dettagli:

5. DICHIARAZIONI (Declarations)

Il sottoscritto **DICHIARA**:

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del set informativo ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, composto da DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Modulo di Proposta/Questionario e Condizioni di Assicurazione comprensive di Definizioni;
- vi. Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome _____ Posizione _____

Data ____ / ____ / _____ Firma _____