

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Architetti**
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	
ATTIVITÀ ESERCITATA: ARCHITETTO			
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:		
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:			
FRANCHIGIA:			
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:			
RETROATTIVITÀ (anni):			

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Chimici**
QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	
ATTIVITÀ ESERCITATA: INGEGNERE			
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:		
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:			
FRANCHIGIA:			
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:			
RETROATTIVITÀ (anni):			

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	
ATTIVITÀ ESERCITATA: GEOLOGO			
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
FATTURATO DI RIFERIMENTO:		ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:			
FRANCHIGIA:			
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:			
RETROATTIVITÀ (anni):			

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Geometri**

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA: GEOMETRA		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Ingegneri**

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE
INDIRIZZO	P.IVA
CITTÀ	CAP PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA: INGEGNERE	
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:	
FRANCHIGIA:	
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:	
RETROATTIVITÀ (anni):	

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

**Assicurazione per la Responsabilità Civile
Professionale Periti**

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA: PERITO		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE		R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)
DIREZIONE LAVORI		CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI
CERTIFICAZIONE ENERGETICA		STIME E PERIZIE
PROGETTAZIONE		DIREZIONE DI CANTIERE
COLLAUDI		RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA: PERITO AGRARIO		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

Tipologia di attività

ATTIVITÀ	OPERANTE	OPERANTE
CERTIFICAZIONE AMBIENTALE	R. U. P. (RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO)	
DIREZIONE LAVORI	CONSULENZA ED ADEMPIMENTI BUROCRATICI	
CERTIFICAZIONE ENERGETICA	STIME E PERIZIE	
PROGETTAZIONE	DIREZIONE DI CANTIERE	
COLLAUDI	RILIEVI CATASTALI E TOPOGRAFICI	
ALTRE ATTIVITÀ		

Descrizione altre attività: --

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
COORDINATORE SICUREZZA D.LGS 81/2008 (EX D.LGS 626/94)RSPP			

Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE
ESTENSIONE CODICE APPALTI D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii. (EX LEGGE MERLONI)	
ESTENSIONE AD INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	
INCARICHI PROFESSIONALI IN REGIME DI "GENERAL CONTRACTOR"	

General Contractor

DESCRIZIONE	VALORE	DURATA	FATTURATO

Soggetti assicurati

Assicurati						
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie			
VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale						
COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale		
COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore					
DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore		
DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....



Informativa privacy prodotti ramo Danni con finalità di marketing

1. CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Accelerant Insurance Limited, con sede in SOHO, The Strand, Office 2, Fawwara Building, Triq L-Imsida, Gzira GZR 1401, Malta (di seguito, la "Società"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'Assicurato/Contraente/Beneficiario (di seguito l'"Interessato") ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso l'intermediario.

2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet <https://accelins.com/privacy-notice/>.

Si precisa, altresì, che i dati personali condivisi dall'interessato all'interno delle pagine presenti sulle piattaforme social verranno trattati sia dal gestore della piattaforma, in linea con la propria informativa privacy che dalla Società, sulla base della presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet <https://accelins.com/privacy-notice/>

3. PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

a) FINALITA' ASSICURATIVE: I dati personali dell'Interessato vengono trattati:

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza ivi inclusi eventuali rinnovi e
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

b) FINALITA' PER ADEMPIMENTO AD OBBLIGHI LEGALI: i dati raccolti potranno essere trattati per l'adempimento ad un obbligo legale, come ad es. gli adempimenti previsti dalla normativa di settore applicabile, dati comunicati all'INPS o alle Autorità Fiscali per l'adempimento degli obblighi fiscali, all'Autorità di vigilanza per il settore assicurativo per l'adempimento dei suoi provvedimenti e delle normative regolamentari in tale ambito, alle autorità competenti in materia di anticiclaggio e antifrode, ai soggetti autorizzati in materia di responsabilità amministrativa degli enti, per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Security & Data Governance, Data Quality, Protezione del trattamento dei dati personali e per l'ottemperanza a provvedimenti giudiziari.

c) FINALITA' DI MARKETING: i dati raccolti potranno anche essere trattati, con il suo previo consenso, da parte della Società o di altre società incaricate, per le seguenti finalità di marketing:

- i. informare e promuovere prodotti assicurativi della Società stessa o di altre società appartenenti al gruppo Accelerant Holdings, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (es. telefonate, mail, fax, sms, social media);



- ii. realizzare ricerche di mercato o sul grado di soddisfazione dei clienti in relazione ai servizi prestati ed effettuare indagini statistiche;
- iii. effettuare attività di profilazione dell'Interessato o analizzare abitudini, preferenze o scelte di consumo finalizzate a valutare l'interesse del cliente verso nuovi prodotti e servizi al fine, tra gli altri, di inviare offerte, promozioni ed informazioni che tengano conto di tale profilo.

d) ULTERIORI FINALITA': nei limiti in cui detti trattamenti non possano essere svolti tramite dati anonimi e fermo restando che i dati saranno trattati per la durata e nei limiti strettamente necessari per perseguimento di detta finalità;

- Attività di test, sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
- Reportistica e analisi statistiche dell'attività della rete distributiva per valutazione della performance della rete e invio comunicazioni informative agli agenti;
- Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi e partecipazione a focus group consumatori;
- Valutazione del rischio assicurativo, anche nel merito creditizio, effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività della rete distributiva di cui si avvale la Società.

4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione dei consensi per il trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è obbligatorio per adempiere ad obblighi di legge (paragrafo 3 b) e per le FINALITA' ASSICURATIVE (paragrafo 3 a), ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

Il conferimento dei dati per le FINALITA' DI MARKETING (paragrafo 3 c) è **facoltativo** ed è rimesso al libero e discrezionale consenso dell'Interessato. In mancanza, l'Interessato non potrà ricevere comunicazioni commerciali, partecipare a ricerche di mercato, ricevere comunicazioni di marketing specifiche per il suo profilo.

In qualsiasi momento, l'Interessato potrà revocare i consensi eventualmente prestati ai sensi di quanto precede rivolgendosi alla Società secondo le modalità di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

Il trattamento per il perseguimento delle ULTERIORI FINALITA' (paragrafo 3 d) è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "Regolamento Privacy"). Il trattamento per le tali Finalità non è obbligatorio e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento, fatti salvi i casi in cui il Titolare detenga un motivo legittimo prevalente, i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le ULTERIORI FINALITA'.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.



Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta “catena assicurativa” quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione; si noti che i suoi dati potranno altresì essere trattati nell'ambito del sistema di informazioni, anche creditizie, fornito da Crif S.p.A., che agirà in qualità di autonomo titolare del trattamento.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo presente nel paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Premessa la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, **l'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento e gratuitamente:**

- a) avere **accesso ai dati personali**: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le **finalità** del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
- c) chiedere **l'aggiornamento**, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la **cancellazione**, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;



e) **revocare**, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

f) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse;

g) chiedere alla Società la **limitazione del trattamento** dei suoi dati personali nel caso in cui:

- l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;

h) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;

i) chiedere la **cancellazione** dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;

j) ottenere la **portabilità** dei dati che lo riguardano;

k) proporre reclamo, ove ne sussistano i presupposti, alla Information and Data Protection Commissioner, Floor 2, Airways House High Street Sliema, SLM 1549 Malta, telefono (+356) 2328 7100, e mail idpc.info@idpc.org.mt, sito web www.idpc.gov.mt.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via mail al seguente indirizzo: dpo@accelins.com o tramite posta all'attenzione del Head of Compliance Accelerant Insurance Limited, SOHO, The Strand, Office 2, Fawwara Building, Triq L-Imnsida, Gzira GZR 1401, Malta. Al fine di semplificare il processo di riscontro delle richieste di accesso ai dati personali, si precisa che nel caso di esercizio dei diritti di cui al presente paragrafo, il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo **copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale**; nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio o di residenza a cui far pervenire il riscontro dell'interessato. Qualora l'interessato si avvalga di un legale rappresentante, perché la richiesta sia presa in carico, il legale rappresentante deve trasmettere copia della delega, copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona che rappresenta, nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio.

9. CHI E' IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI?

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato al seguente indirizzo mail: dpo@accelins.com, o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti



1. ai sensi del paragrafo 3 a, b e d della presente informativa, vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile;
2. ai sensi del paragrafo 3 c, punti i) e ii) della presente informativa, vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 2 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa;
3. ai sensi del paragrafo 3 c, punto iii) della presente informativa, vengono conservati per un periodo di 18 mesi dalla raccolta.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o anonimizzati.

11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet <https://accelins.com/privacy-notice/>.



Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 e 6 della predetta informativa dei dati anche "particolari" per le finalità di cui al punto 3, lett. (a) e (b)

La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute o i datti giudiziari;

Data

Firma

(obbligatoria)

- b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato nonché di ulteriori attività di reportistica, test e valutazione di cui al punto 3, lett. (c)

Data

Firma

(facoltativa)

- c) lo svolgimento di ulteriori attività con finalità di reportistica, test e valutazioni di cui al punto 3, lett. (d)

Data

Firma

(facoltativa)