

# MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

## PER L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI SOGGETTI ABILITATI AL RILASCIO DELLE ATTESTAZIONI E ASSERVAZIONI

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 119 E 121 DEL DECRETO LEGGE 34/2020 COME CONVERTITO IN LEGGE 77/2020 e s.m.i.

### 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 All'Asseverazione:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

### 2. DETTAGLI INTERVENTI DA ASSEVERARE

#### 2.1 Il Contraente/Assicurando intende assicurare la seguente tipologia di ASSEVERAZIONE / ATTESTAZIONE:

(selezionare almeno una delle seguenti opzioni)

ECOBONUS

SISMABONUS

BONUS MINORI

#### 2.2 Nominativo Committente:

#### 2.3 Luogo esecuzione interventi:

Via \_\_\_\_\_ Civ. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

#### 2.4 Breve descrizione interventi:

#### 2.5 Importo degli interventi oggetto dell'Asseverazione:

€ \_\_\_\_\_

#### Massimale Richiesto:

100% dell'importo degli interventi

110% dell'importo degli interventi

#### 2.6 Data Inizio Lavori: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data prevista fine lavori: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 2.7 L'Asseverazione è già stata depositata / inviata agli Enti preposti?

Sì

No

Se 'Sì', indicare relativa modulistica già depositata: \_\_\_\_\_

#### 2.8 Siete in regola con i termini previsti dalla normativa in vigore per l'invio dell'asseverazione/attestazione agli Enti preposti?

Sì

No

### 3. ALTRE ASSICURAZIONI

3.1 Il Contraente/Assicurando ha stipulato o intende stipulare altre polizze "RC Asseveratore" 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 agli interventi 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 asseverazione / attestazione negli ultimi 5 anni? Sì  No

4.3 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti del Contraente/ Assicurando oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori relative ad errori, omissioni o negligenze professionali? Sì  No

**In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 1 (SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE)**

### 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 1

### SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

<b>1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza</b> (Claim/Circumstance Date)	
<b>2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato</b> (Claimant name)	
<b>3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza</b> (Detailed Description of the Circumstance/Claim)	
<b>4. Attività professionale svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza</b> (Insured activity performed in relation to the Claim/Circumstance)	
<b>5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno</b> (Quantum of the Claim or alleged damages)	
<b>6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza</b> (Current Status of the Claim/Circumstance)	
Nome e Cognome _____	
Data ____ / ____ / _____ Firma _____	