



Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile dei Dottori Agronomi e Forestali, Agrotecnici, Periti Agrari

AVVISO IMPORTANTE

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.

E' IMPORTANTE CHE L'ASSICURATO, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA, SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.



1. Informazioni generali

Nome/Ragione sociale:

Indirizzo:

Codice fiscale: Partita IVA:

2. Tipo di attività

A quale delle seguenti categorie appartiene l'assicurato ?

Dottore Agronomo e Forestale

Agrotecnico

Perito Agrario

Compilare l'allegata tabella relativa al fatturato dell'attività esercitata.

3. Informazioni riguardanti l'attività

3.1 Numero dei soci, associati, consiglieri, dirigenti:

Nominativi	Anno di nascita	Data di iscrizione all'albo

3.2 Fornire indicazioni dei 3 più importanti contratti iniziati negli ultimi 3 anni:

Data di inizio	Tipo Contratto	Valore totale dell'opera IN EURO	Valore degli introiti IN EURO	Tipo di attività prestata	Data prevista di ultimazione

3.3 Qualche lavoro è affidato all'esterno a subappaltatori ? Si No

Se sì, quanta parte dei compensi alla Società è pagata ai subappaltatori ?

.....
.....

3.4 La società richiede ai subappaltatori di avere un'assicurazione ?

Si No

Se sì, fino a che limite

.....

3.5 Massimale richiesto:

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00



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

Si No

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

.....
.....

3.7 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 sì, fornire dettagli

.....
.....

3.8 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 sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

.....
.....

3.9 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 sì, fornire dettagli

.....
.....

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.

Firmato in nome dell'Assicurato 

Nome Posizione

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.

Firmato in nome dell'Assicurato 





ESTENSIONE LEGGE MERLONI

Descrizione delle opere:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valore delle opere IN EURO	Data inizio lavori (gg/mm/aa)	Data termine lavori (gg/mm/aa)

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

Firmato in nome dell'Assicurato



.....

**FATTURATO ATTIVITA' ESERCITATA**

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

	Attività - Descrizione	Anno precedente 2003	Anno corrente 2004 (stima)
I	€	€
II	€	€
III	€	€
IV	€	€
V	Altro da specificare		
	€	€
		
	TOTALE	€	€

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

Firmato in nome dell'Assicurato



.....