

PROPOSTA/QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA

Responsabilità Civile Professionale

**Ingegnere, Architetto, Geologo,
Perito Industriale, Geometra,
Agronomo e Forestale, Perito Agrario,
Agrotecnico**

CONDIZIONI DI POLIZZA:

- **approvate dal CNI - Consiglio Nazionale degli Ingegneri;**
- **in Convenzione con il CNAPPC - Consiglio Nazionale degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori, a seguito di gara Pubblica.**



PROPOSTA/QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA

Responsabilità Civile Professionale

**Ingegnere, Architetto, Geologo,
Perito Industriale, Geometra,
Agronomo e Forestale, Perito Agrario,
Agrotecnico**

ATTIVITA' ASSICURATE

Tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione in forma di **Ditta Individuale** nonché **Studi Associati, Società di Professionisti, Società di Ingegneria, Società di Servizi e Associazioni Professionali**, incluse tutte le attività relative al D.Lgs. 81/2008 del 09/04/2008, al D.Lgs. 624/1996 del 25/11/1996, al D.Lgs. 192/2005 del 19/08/2005 e successivo D.Lgs. 311/2006 del 29/12/2006, al DPR 07/08/2012

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 (salvo se prevista la retroattività e/o la postuma), NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA.

VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").

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 Circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli art. 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.

MODULO DI PROPOSTA

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nel **Modulo di Proposta o Questionario** e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il **Questionario** forma parte integrante del contratto.

1. INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome o Denominazione sociale:

Indirizzo: Città: Prov.

C.A.P.: Tel: Cell:

Codice Fiscale: P.IVA:

Indirizzo e-mail: Website:

Data inizio attività: Ordine della Prov.di:

2. TIPO DI ATTIVITÀ

2.a) Indicare a quale categoria professionale appartiene l'Assicurato (in caso di Società o Studi Associati si prega barrare tutte le caselle corrispondenti ad ogni singolo professionista):

<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Architetto Junior	<input type="checkbox"/> Pianificatore	<input type="checkbox"/> Pianificatore Junior	<input type="checkbox"/> Paesaggista	<input type="checkbox"/> Conservatore
<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Ingegnere Junior	<input type="checkbox"/> Perito Industr.	<input type="checkbox"/> P. Ind. Laureato	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Geom. Laureato
<input type="checkbox"/> Geologo	<input type="checkbox"/> Agronomo e Forestale	<input type="checkbox"/> Perito Agrario	<input type="checkbox"/> P. Agrario Laureato	<input type="checkbox"/> Agrotecnico	<input type="checkbox"/> Agrotec. Laureato

2.b) Forma giuridica (barrare):

- Professionista (ditta individuale)
 Studio Associato
 Società di Professionisti
 Società di Ingegneria
 Società di Servizi
 Altro _____

2.c) Si richiede l'Estensione della copertura ai Componenti della Società/Studio Associato/Associazione Professionale, in qualità di professionisti individuali? Sì No

Se Sì, compilare la tabella sotto riportata.

Cognome e Nome	Data di Nascita	* Fatturato Esercizio Fiscale Anno Precedente (Imponibile IVA)	Titolo

***ATTENZIONE:**

Alla voce **Fatturato Esercizio Fiscale Anno Precedente** si deve indicare il Fatturato al netto dell'IVA di ogni Componente con l'esclusione degli importi e delle Fatture emesse nei confronti della Società, Studio Associato o Associazione Professionale (Fatturato Intragruppo).

2.d) Il Proponente (o un socio/associato) ricopre incarichi in qualità di Componente del:

Consiglio dell'Ordine <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio Nazionale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio di Disciplina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Se "Sì", specificare incarico:

Nome e cognome e titolo (se socio/associato):

Ordine o Consiglio di Disciplina di:

2.e) Si è in possesso di Certificazioni di qualità rilasciato da Ente e/o Società autorizzata? Sì No

Se Sì, quale

3. DETTAGLI SULL'ATTIVITÀ

3.a) Si prega di compilare la tabella sottostante indicando la natura delle Opere e il tipo di attività svolta (relativa al **FATTURATO ESERCIZIO FISCALE ANNO PRECEDENTE**) seguendo la seguente **LEGENDA**:

A) Progettazione	B) Progettazione Strutturale	C) Ristrutturazione	D) Collaudi															
E) Sicurezza	F) Direttore/Responsabile Lavori	G) Certificazione	H) Studi Geotecnici															
I) Incarichi Amm.vi (Consulenze – Perizie – Visure – Rilievi — Contabilità – Validazione– CTU - Prevenzione Incendi - Ecc.)																		
NATURA OPERE								TIPOLOGIA ATTIVITÀ (Barrare tipo attività)		% su Fatturato Totale								
ESCLUSIVAMENTE Architettura d'interni										%								
I° GRUPPO DI RISCHIO	Tutte le OPERE previste da leggi e regolamenti che disciplinano la professione con esclusione delle opere riportate nel II GRUPPO DI RISCHIO e ALTRE ATTIVITÀ.							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
II° GRUPPO DI RISCHIO	Ponti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Opere Bagnate							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Aeroporti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Impianti Eolici							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Ospedali e Cliniche							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Pozzi e Opere Sotterranee							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Centrali Produzione Energia (Imp. Chimici/Petrochimici/Offshore)							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Imbarcazioni e Velivoli							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	OPERE AD ALTO RISCHIO	Ferrovie, Strade Ferrate							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Funivie							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Gallerie							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Dighe, Sbarramenti, Invasi, Bacini							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
		Porti							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%
Opere Subacquee							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%		
Parchi Giochi e Luna Park							A	B	C	D	E	F	G	H	I	%		
ALTRE ATTIVITÀ	Amministratore di Stabili										%							
	Mediazione nella Conciliazione (D.M. 180/2010 e D.M. 183/2010)										%							
	Progettazione di Software										%							
Indicare il FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO PRECEDENTE (imponibile ai fini IVA e comprensivo del fatturato di ciascuna ditta individuale di cui alla domanda 2.c)								€ _____										
STIMA FATTURATO TOTALE ESERCIZIO FISCALE ANNO IN CORSO								€ _____										

3.b) Indicare la percentuale approssimata dell'attività svolta per:

Settore Pubblico _____%	Settore Privato _____%
--------------------------------	-------------------------------

3.c) Con riferimento ai **5 incarichi** più importanti **degli ultimi tre anni**:

- sono state svolte attività su opere il cui valore totale è superiore ad € 500.000? Sì No
- sono state svolte attività su opere appartenenti al **II° Gruppo di Rischio**? Sì No

Se "Sì" ad una delle due compilare il seguente riquadro con i dettagli delle relative opere:

NOTA: Per il tipo di attività si prega utilizzare le lettere di cui alla Legenda del quesito **3.a)**

Anno inizio	Anno fine	Tipo di Committente	Opera	Tipo di attività prestata	Valore tot. Opera (€)	Valore introiti (€)

3.d) Si svolge attività di perizia e stima al fine della concessione di finanziamenti o mutui? Sì No

Se Sì, indicare:

- % sul fatturato totale anno precedente: _____ % Valore medio stimato: € _____

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

4.a) Il Proponente è mai stato Assicurato per la R.C. Professionale? Sì No

Se Sì compilare la tabella sottostante e possibilmente allegare copia dell' ultimo contratto:

Compagnia		Retroattività	
Massimali		Scoperti e franchigie	
Data di scadenza		Numero anni copertura continua	
Premio Annuo			

4.b) 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?

Sì No

4.c) 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?

Sì No

4.d) 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 collaboratore o membro dello staff presente e/o passato?

Sì No

Nel caso avesse risposto "Sì" al quesito 4.b) si prega di fornire maggiori informazioni nello "SPAZIO DI INTEGRAZIONE" che segue. Nel caso di risposta positiva ad almeno uno dei quesiti 4.c) e/o 4.d) verrà richiesta la compilazione di una Scheda sinistro che il proprio broker potrà fornire.

5. CONDIZIONI RICHIESTE

Si prega voler compilare le seguenti tabelle in relazione alle caratteristiche desiderate (più scelte opzionabili):

MASSIMALE			
<input type="checkbox"/> € 250.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 750.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000
<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> Altro €

RETROATTIVITÀ		
<input type="checkbox"/> Data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 1 Anno dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 2 Anni dalla data di decorrenza
<input type="checkbox"/> Illimitata	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare numero di anni)	

FRANCHIGIA PER SINISTRO		
Fatturato (fino a)	Franchigie BASE	FRANCHIGIA RICHIESTA
€ 90.000	€ 1.000	<input type="checkbox"/> Franchigia BASE
€ 120.000	€ 1.200	<input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia base
€ 150.000	€ 1.500	<input type="checkbox"/> 5 volte la Franchigia base
€ 180.000	€ 1.800	<input type="checkbox"/> 10 volte la Franchigia base
€ 215.000	€ 2.150	<input type="checkbox"/> Per fatturato superiore ad € 300.000 indicare la franchigia richiesta €
€ 250.000	€ 2.500	
€ 300.000	€ 3.000	

6. CLAUSOLE A PATTUIZIONE ESPRESSA

<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE PROGETTAZIONE SOFTWARE (Fornire dettagli nello "Spazio di Integrazione")
<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE CONTRATTI CHIAVI IN MANO "GENERAL CONTRACTING" (Fornire dettagli nello "Spazio di Integrazione")
<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE RC PATRIMONIALE NELL'ESERCIZIO DI FUNZIONI / CARICHE PUBBLICHE Ente di Appartenenza: Posizione/Carica: Retribuzione lorda percepita negli ultimi 12 mesi: €
<input type="checkbox"/>	ESCLUSIONE ATTIVITÀ RSPP, ASPP e COORDINATORE ALLA SICUREZZA
<input type="checkbox"/>	RIDUZIONE LIMITE DI INDENNIZZO PER DANNI PATRIMONIALI AL 50%
<input type="checkbox"/>	ESCLUSIONE OPERE ALTO RISCHIO solo se NON si sono mai svolte attività a loro riferite. <i>Nel caso in cui nel corso del contratto si riceve un incarico riferito a dette opere, l'Assicurato deve dare immediata comunicazione dell'aggravamento di rischio. Si consiglia di NON chiederne l'esclusione.</i>

7. DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/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/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.
- di aver ricevuto e preso visione degli Allegati 7A e 7B e dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Data _____ Nome e Cognome: _____ Firma _____

8. SPAZIO DI INTEGRAZIONE (se non sufficiente utilizzare un foglio aggiuntivo)

Data _____ / _____ / _____ Firma del Proponente _____

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di GAVA Broker Srl:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di GAVA Broker Srl per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla GAVA Broker Srl per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di GAVA Broker Srl di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri.

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviare informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

4. Dati sensibili

GAVA Broker Srl potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di GAVA Broker Srl e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano).

I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche.

Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

7. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (il Presidente, Giovanni Semeraro) con lettera raccomandata.

8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è il Presidente. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da GAVA Broker Srl è disponibile presso la sede del titolare.

* * * * *

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 al D.lgs 209/2005.

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 GAVA Broker Srl 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.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

ad integrazione della Proposta/Questionario compilata, datata e firmata dal Proponente
(Art. 120 comma 3 del Codice delle Assicurazioni - Art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5/2006)

Gentile Proponente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di

Responsabilità Civile se:

- Le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta, sono espresse con chiarezza nel Fascicolo Informativo;
- Il contratto assicurativo proposto risulti idoneo alle Sue esigenze assicurative.

Si prega, pertanto, di rispondere alle domande riportate al **CASO 2)**.

Nel caso non volesse effettuare tali verifiche è necessario indicarlo al **CASO 1)**, consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative.

Se sceglie il **CASO 1)**, crocettare e completare il relativo riquadro e **NON** compilare il **CASO 2)**, né la pagina successiva relativa all'adeguatezza del contratto richiesto.

Se sceglie di verificare l'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze, crocettare solo il **CASO 2)** e completare.

Cognome e Nome / Ragione sociale: _____

Data di compilazione del questionario: _____

CASO 1)

(se ha scelto di crocettare il **CASO 1)**, inviare all'intermediario solo la presente pagina dopo aver inserito luogo, data e firma)

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Proponente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni a lui richieste e riportate nel **CASO 2)**, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative. Dichiara pertanto di voler stipulare ugualmente il relativo contratto.

Luogo e data

Il Proponente

CASO 2)

(se ha scelto di crocettare il **CASO 2)**, completare anche le due pagine successive e inviarle all'intermediario)

Poiché ha scelto il **CASO 2)**, di seguito riportare le informazioni richieste per la verifica dell'adeguatezza del contratto richiesto.

ESIGENZE ASSICURATIVE

a) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Per ottemperare ad obblighi di legge
- Protezione del patrimonio in caso di danni arrecati nell'espletamento dell'attività esercitata

DURATA DEL CONTRATTO

b) Con riferimento alle sue esigenze assicurative, qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei suoi rischi?

- 1 Anno
- 1 Anno e 6 mesi senza tacito rinnovo
- Temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata

DISPONIBILITÀ DI SPESA

c) In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la Sua disponibilità di spesa per il contratto:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> fino a 250 € | <input type="checkbox"/> da 250 € a 500 € | <input type="checkbox"/> da 500 € a 1000 € |
| <input type="checkbox"/> da 1000 € a 2000 € | <input type="checkbox"/> da 2000 € a 5000 € | <input type="checkbox"/> oltre 5000 € |

RESPONSABILITÀ CIVILE

d) Il Proponente chiede la copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati ad altri soggetti, per:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Esercizio dell'attività | <input type="checkbox"/> Attività di docenza |
| <input type="checkbox"/> Proprietà dei locali in uso per l'esercizio dell'attività | <input type="checkbox"/> Inquinamento |
| <input type="checkbox"/> Conduzione dei locali in uso per l'esercizio dell'attività | <input type="checkbox"/> Prodotti |
| <input type="checkbox"/> Patrimoniale per attività esercitata in qualità di Dipendente/Dirigente | <input type="checkbox"/> Verso i dipendenti (RCO) |

e) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel Questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del regolamento ISVAP n° 5/2006 per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

- Sì No

f) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

- Sì No

g) Le sono molto chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

- Sì No

h) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto e contenute nel Fascicolo Informativo?

- Sì No

Luogo e data

Il Proponente

Pagina relativa all'adeguatezza del contratto richiesto

Cognome e Nome / Ragione sociale: _____

Data di compilazione del questionario: _____

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Il contratto richiesto risulta adeguato alle esigenze assicurative del Proponente

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato dei principali motivi, **di seguito riportati**, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative. Il sottoscritto Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente

GAVA BROKER

INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

Roma, 00182 - Via La Spezia, 89
Tel. (+39) 06.62289470 - Fax (+39) 06.23328762

Bergamo, 24129 - Via Colle dei Roccoli, 2
Tel. (+39) 035.19965214 - Fax (+39) 035.5095725

info@gavabroker.it
www.gavabroker.it

Numero Verde 800 250 882

