

**MODULO DI PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI GEOLOGI**

Questo **Questionario** si riferisce alla Convenzione RC Professionale per gli iscritti all'Ordine dei Geologi ed è parte integrante del contratto d'assicurazione di cui il documento è pubblicato sul sito www.sicuriconwillis.it.

DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE		
Il Proponente	Indirizzo:	
	CAP Città:	
Codice Fiscale/P.IVA	Tel:	fax:
	e-mail:	
Domicilio dello studio: (Città / Cap / Indirizzo)		
Iscritto all'albo:	data iscrizione:	
Anno inizio attività:		
In caso di studio associato / società, indicare: - Denominazione studio/società - anno iscrizione all'albo :	- indirizzo completo:	
- P.Iva:	- anno costituzione:	
- nome, cognome codice fiscale dei professionisti Associati	VEDI ALLEGATO 1 - INFORMAZIONI SUI PROFESSIONISTI DI CUI SI CHIEDE COPERTURA	
Decorrenza Copertura dalle ore 24 del Il giorno indicato non può essere antecedente a quello di invio del presente modulo al broker. In caso venga indicata una data precedente la data decorrenza sarà comunque quella di invio. Per l'operatività vedere pagina successiva.	Scadenza: ore 24 del	

OPZIONE SCELTA MASSIMALE:			
	<input type="checkbox"/>		1.500.000,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	500.000,00 Euro	<input type="checkbox"/> 2.000.000,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	1.000.000,00 Euro	<input type="checkbox"/> 2.500.000,00 Euro
UNDER 35	<input type="checkbox"/>	1.000.000,00 Euro	<input type="checkbox"/> 5.000.000,00 Euro
Introiti (fatturato al netto dell'iva) dell'esercizio precedente (in Euro):			
Se il proponente è anche dipendente pubblico interessa la copertura per colpa grave? In caso di risposta affermativa precisare quanto segue:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ente di appartenenza:			
Qualifica:			
Attività svolta:			
ULTERIORI INFORMAZIONI			
SINISTRI PREGRESSI			
Negli ultimi 5 anni Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento nell'ambito della responsabilità coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se "Si" alla precedente domanda: VEDI ALLEGATO 2 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI CON IMPORTI LIQUIDATI E ALLEGATO 3 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI CON IMPORTI RISERVATI			
PRECEDENTI ASSICURATORI			
Il Proponente ha in passato stipulato polizze di RC Professionale?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se "Si" alla precedente domanda indicare:			
Compagnia	Data di cessazione / disdetta	Motivo annullamento	

RETROATTIVITA' (INDICARE OPZIONE CHE INTENDE ATTIVARE)		
<input type="checkbox"/>	2 anni di retroattività:	(gratuita)
<input type="checkbox"/>	5 anni di retroattività:	(sovrappremio del 20%)
<input type="checkbox"/>	Illimitata:	(sovrappremio del 30%)
GRANDI OPERE (INDICARE OPZIONE CHE INTENDE ATTIVARE)		
<input type="checkbox"/>	OPZIONE A: COPERTURA COMPLETA	
<input type="checkbox"/>	OPZIONE B: COPERTURA COMPLETA ESCLUSO GRANDI OPERE (sconto del 12%) Si prende atto che la copertura è incompleta e che pertanto alcuni sinistri potrebbero essere esclusi dalla copertura.	

OPERATIVITÀ: La Proposta / Questionario sarà soggetta all'accettazione da parte dell'Assicuratore. In caso di accettazione, al ricevimento della conferma di accettazione del rischio e della richiesta di pagamento del Premio da parte del Broker, l'Assicurato dovrà, entro 30 giorni, versare il Premio richiesto. In tal caso la garanzia Assicurativa decorrerà con effetto dalle ore 24 del giorno di invio del Modulo di Proposta/ Questionario al Broker, o dalla data espressa nel Modulo di Proposta/ Questionario stesso, se successiva alla data di invio. Nel caso in cui il pagamento avvenga invece oltre il termine di 30 giorni, la decorrenza della copertura coinciderà con le ore 24.00 del giorno di pagamento (giorno e data valuta di accredito). Dopo l'avvenuto pagamento del Premio, il Broker provvederà a trasmettere all'Assicurato il Certificato di Assicurazione emesso dall'Assicuratore.

L'Assicurando (data e firma) _____

ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Con la firma del presente "Modulo di Proposta", che costituisce proposta irrevocabile di contratto ex art. 1329 c.c., l'Assicurato dichiara di aver ricevuto preventivamente alla sottoscrizione dello stesso copia delle Condizioni di Assicurazione della polizza, di averne preso visione e, con la sottostante sottoscrizione, di accettarle integralmente.

L'assicurato conferma di essere a conoscenza delle modalità operative e che l'accettazione del rischio è soggetta all'approvazione del questionario da parte dell'Assicuratore.

L'Assicurando (data e firma) _____

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare i seguenti articoli:

Art. 5 - Altre assicurazioni; **Art. 7** - Denuncia di sinistro; **Art. 8** - Recesso in caso di sinistro; **Art. 10** - Proroga dell'Assicurazione; **Art. 20** - Inizio e termine della garanzia (Claims Made) - Retroattività; **Art. 23** - Determinazione del Premio; **Art. 24** - Limite di risarcimento e scoperto.

L'Assicurando (data e firma) _____

ALLEGATO 1 - INFORMAZIONI SUI PROFESSIONISTI DI CUI SI CHIEDE COPERTURA

Elenco dei professionisti da assicurare, in caso di studio associato/società, per attività libero professionale:

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Sede Legale: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111
Fax +39 045 8 391 112 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962
P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA
Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

www.cattolica.it



ALLEGATO 2 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI CON IMPORTI LIQUIDATI

Nei confronti del proponente e/o di alcune persone per le quali si richiede copertura assicurativa, sono state avanzate richieste di risarcimento che hanno comportato l'apertura di un Sinistro con **importi pagati** da precedenti assicuratori, negli ultimi 5 anni?

Si **No** Se SI indicare il numero:

In caso affermativo, si forniscano tutti i dettagli richiesti per ciascun evento:

SI – NO

Data richiesta risarcimento *	Data del presunto danno *	Importo richiesta risarcimento (in Euro) *	Importo pagato (in Euro) *	Stato vertenza *
----------------------------------	------------------------------	---	-------------------------------	------------------

--	--	--	--	--

Descrizione Evento

--

Totale importo Sinistri pagati:

ALLEGATO 3 - INFORMAZIONI SUI SINISTRI CON IMPORTI RISERVATI

Nei confronti del proponente e/o di alcune persone per le quali si richiede copertura assicurativa, sono state avanzate richieste di risarcimento che hanno comportato l'apertura di un Sinistro con **importi non ancora pagati** da precedenti assicuratori, negli ultimi 5 anni?

Si **No** Se SI indicare il numero:

In caso affermativo, si forniscano tutti i dettagli richiesti per ciascun evento:

SI – NO

Data richiesta risarcimento *	Data del presunto danno *	Importo richiesta risarcimento (in Euro) *	Importo riservato (in Euro) *	Stato vertenza *

Descrizione Evento

Totale importo Sinistri riservati: