





## QUESTIONARIO – PROPOSTA

### Proposta di assicurazione R.C. Professionale per Amministratori di Condominio *Proposal Form – Professional Indemnity Insurance of Property Manager*

La seguente **Proposta di ASSICURAZIONE** viene rilasciata in relazione ad un **polizza “claims made”** che copre esclusivamente le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'ASSICURATO e notificate agli ASSICURATORI nel periodo di POLIZZA, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

*WARNING - This Proposal form is in respect of Third Party Liability Policy – Claims Made basis. That is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. When the insurance period is over, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.*

#### AVVERTENZE UTILI

#### USEFUL INFORMATION

**A -** Gli Assicuratori **non possono esaminare** costruttivamente le **proposte che presentino risposte mancanti o insufficienti**; si prega quindi di rispondere in modo completo ed esaustivo ad ogni domanda.

*A - Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.*

**B -** Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare (“assicurandi”) e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.

*B - Some questions entail that all Professional to be insured (“listed Professionals”) be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.*

**C -** Le risposte e le informazioni fornite costituiscono dichiarazioni sulle quali si baserà il contratto, nel caso in cui questo venga stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

*C - Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. You are recommended to bear in mind the provisions of Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code.*

**D - La sottoscrizione di questo Questionario-Proposta non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a stipulare il Contratto di Assicurazione.**

*Signing this form shall not bind either the Proposer or Underwriters to make the insurance contract.*

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI <i>Proposer - General Information</i>			
<b>Cognome e Nome Ragione Sociale (in caso di Persona Giuridica)</b> <i>Name of Proposer</i>			
<b>Indirizzo Completo (Via – Città – Prov. – CAP)</b> <i>Head Office Address</i>			
<b>P.IVA</b>		<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>Anno di inizio attività</b> <i>Year when Licens obtained</i>			
<b>Attività dichiarata</b> <i>Profession</i>			
<b>Titolo di studio</b> <i>Licence type</i>			
<b>In quale delle tre figure che seguono (A, B, C) rientra il Proponente di questa assicurazione?</b> <i>Under which of the following three cases (A, B, C) does the Proposer fall?</i>			
<b>A</b>	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per se stesso o Società <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only</i>		
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce 2 che segue, che con lui condividono lo studio all'indirizzo sotto indicato <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals as listed under Section 2, who share with him the office premises at the address stated below</i>		
<b>C</b>	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono (elencati alla voce 2 che segue) <i>Partnership which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals (as listed under Section 2) who are members thereof</i>		

2. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA ASSICURARE (IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO) <i>Informations about Proposers insured (IN CASE OF PARTNERSHIP)</i>			
Titolo <i>Title</i>	Cognome e Nome e Codice Fiscale <i>Name and Codice Fiscale</i>	Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>	Anno e n. di iscrizione all'Albo <i>Year and n. of enrolment</i>

### 3. SEDI SECONDARIE

#### Subsidiary Offices

Se lo Studio ha anche sedi secondarie, precisare le località ove ciascuna è situata (se lo spazio non è sufficiente, provvedere con foglio separato, datato e firmato).

*Please state location of each subsidiary office, if any (if this space is not sufficient, please use a separate sheet, duly dated and signed).*

--

### 4. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al lordo di qualunque spesa, onere, imposta o contributo, percepiti o percepibili dall'Assicurato e dall'insieme di tutti gli assicurandi)

*Please state total amount of combined income, fees and other compensation (gross of any cost, burden, tax or contributions) collected or collectable by both the Office and all listed Professionals).*

Attività <i>Activity</i>	Nel passato esercizio <i>In prior year</i>	Stima per l'esercizio corrente <i>In current year</i>
Amministratore di Condominio <i>Property Manager</i>		

### 5. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

#### Information about previous policies

Il proponente ha mai sottoscritto o è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale?

NO  SI

*Has the Proposer previously proposed for or been insured by a professional indemnity policy?*

NO  YES

Se la risposta è SI

*If "yes"*

Compagnia / <i>Company</i>	
Data di inizio / <i>Inception Date</i>	
Data di scadenza / <i>Expiry Date</i>	
Massimale / <i>Limit of Indemnity</i>	
Franchigia / <i>Deductible</i>	
Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata <i>Retroactive cover in the last policy</i>	
Totale ultimo premio pagato <i>Amount last premium payed</i>	
N. di anni di copertura precedente continua <i>Number of years continuous previous insurance</i>	
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / ( <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)

Se si fornire dettagli (data sinistro, tipo evento, quantificazione richiesta risarcimento, stato del sinistro)

*If "yes" please provide details*


<b>CONTRATTI ANCORA IN VIGORE / CONTRACTS STILL IN FORCE</b>

<b>6. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI</b> <i>Information about claims</i>	
<b>Il proponente ha risarcito danni o ha ricevuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative ad errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni ?</b> <i>Has the Proposer settled or received request of indemnification, accepted or rejected, or errors, omissions or professional negligence in the last five years?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / ( <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
<b>Se si fornire dettagli</b> <i>If "yes" please provide details</i>	
<b>Il Proponente è a conoscenza di fatti o circostanze che possano dare origine a richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali, ritardi nella presentazione di ricorsi, trasmissione di documenti, ecc., negli ultimi 5 anni ?</b> <i>Is the Proposer aware of fact or circumstances that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission in the last five years?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / ( <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
<b>Se si fornire dettagli</b> <i>If "yes" please provide details</i>	

<b>7. GESTIONE SCADENZE / RISPETTO TERMINI DI DECADENZA</b> <i>Administration of Deadlines/Deadline Compliance</i>	
Si prega di rispondere alla seguente domanda dopo aver effettuato un'accurata revisione delle pratiche gestite dal Proponente o da taluno degli Assicurati.	<i>Please ansie the following question after carrying out careful review of the files (i.e. work in progress) managed by the insured/proposer.</i>
In relazione alle pratiche gestite dal Proponente o da taluno degli Assicurati si sono verificati ritardi e/o omissioni nella tempestiva presentazione di ricorsi, invio/trasmissione di documenti, deposito di atti o documento o, in ogni caso, nello svolgimento di attività cui il Proponente o taluno degli Assicurati era tenuto entro un termine di decadenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>With regards to the file/work in progress managed by the insured/proposer have any delays and/or omissions in the timely filling of appeals and/or transmissions of documents, which have occurred, or alternatively has there been any failure in the exercise of any activity requiring the insured/proposer to honour a deadline? <input type="checkbox"/> YES    <input type="checkbox"/> NO</i>
Se la risposta è SI, si prega di indicare di seguito ogni singolo ritardo/omissione e la data entro la quale l'attività in questione avrebbe dovuto essere svolta dal Proponente o da taluno degli Assicurati, specificando altresì le potenziali responsabilità professionali per il Proponente o per taluno degli Assicurati, derivanti dal ritardo/omissione.	<i>If the answer to any of the above is YES please list below any delay/omission and the date such activity should have been carried out by the proposer/insured, also specifying the alleged professional responsibilities of the proposer/insured arising from such error/delay</i>

8. MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO <i>Limit of Indemnity required</i>		
<input type="checkbox"/> € 250.000,00 Franchigia / <i>Deductible</i> € 500,00	<input type="checkbox"/> € 500.000,00 Franchigia / <i>Deductible</i> € 750,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 Franchigia / <i>Deductible</i> € 1.000,00
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 Franchigia / <i>Deductible</i> € 1.250,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 Franchigia / <i>Deductible</i> € 1.500,00	<input type="checkbox"/> _____ Franchigia / <i>Deductible</i> € _____

9. RETROATTIVITA' RICHIESTA <i>Retroactive Cover required</i>	
<b>N.B. La retroattività viene concessa dietro valutazione da parte degli Assicuratori che, in caso di accettazione, procederanno a calcolare il sovrappremio richiesto</b>	
Numero anni (da 1 a 10 anni) prima della data di effetto _____ <i>Years (from 1 to 10 years before inception date)</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna retroattività <i>No retroactive cover</i>

**DICHIARAZIONE**

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario-Proposta, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta 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-Proposta per conto degli altri assicurandi e che gli stessi 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-PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

**Nome e Cognome di chi firma in nome e per conto dei soggetti assicurati**

.....

**Ruolo aziendale** .....

**Firma** .....

**Data** ...../...../.....

“Codice della Privacy” (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” comunicatici ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento ISVAP in materia di intermediazione assicurativa. 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 ALL RISKS s.r.l..

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Il vostro Intermediario



**POLIZZA MIGLIORE SRL**

Sede legale in  
Via Silvio Pellico n°5  
12037 Saluzzo(CN)  
0175-41671