

CONVENZIONE CNAPPC

**QUESTIONARIO/PROPOSTA
DI ASSICURAZIONE PER LA POLIZZA DI**

Responsabilità Civile Professionale

*Architetti, Architetti Junior, Pianificatori, Pianificatori Junior,
Paesaggisti, Conservatori*

**Ditta Individuale – Studio Associato – Società di Professionisti
Società di Servizi – Associazione Professionale**



MODULO DI PROPOSTA CONVENZIONE CNAPPC

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 (Art. 31)? ☐ 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	Consiglio Nazionale	Consiglio di Disciplina
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<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)									
ESCLUSIVAMENTE Architettura d'interni			% su Fatturato Totale									
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	Costruzioni <u>oltre</u> 10 piani/30 unità (abitative/uffici/negozi)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	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	%	
	Impianti industriali completi	A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Impianti Fotovoltaici	A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Gestione e Trattamento dei Rifiuti	A	B	C	D	E	F	G	H	I	%	
	Centrali Produzione Energia (Imp. Chimici/Petrolchimici/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 Art. 39)	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)											%
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 o Corrispondente dei Lloyd's 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 <input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> 5 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> 10 volte la Franchigia base <input type="checkbox"/> Per fatturato superiore ad € 300.000 indicare la franchigia richiesta €
€ 120.000	€ 1.200	
€ 150.000	€ 1.500	
€ 180.000	€ 1.800	
€ 215.000	€ 2.150	
€ 250.000	€ 2.500	
€ 300.000	€ 3.000	

6. CLAUSOLE A PATTUIZIONE ESPRESSA

<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 (Art. 21). 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 _____

La compilazione e l'invio della seguente pagina è facoltativa.

ALTRE POLIZZE DEDICATE

POLIZZA TUTELA LEGALE PER L'ATTIVITA' PROFESSIONALE

SIETE INTERESSATI ALLA COPERTURA PER LA **TUTELA LEGALE**? Sì ☐ No ☐

Se interessati, GAVA BROKER provvederà a inviare la proposta/questionario ed il relativo fascicolo informativo.

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRA-PROFESSIONALE

SIETE INTERESSATI ALLA COPERTURA DEGLI **INFORTUNI**? Sì ☐ No ☐

Se interessati, GAVA BROKER provvederà a inviare la proposta/questionario ed il relativo fascicolo informativo.

Come siete venuti a conoscenza della convenzione con il CNAPPC?

<input type="checkbox"/>	L'ho appreso direttamente dal Consiglio Nazionale degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori.
<input type="checkbox"/>	L'ho appreso dal mio Ordine di appartenenza dell'esistenza di convenzione.
<input type="checkbox"/>	Ho avuto contatti con l'intermediario assicurativo Sig. / Sig.ra _____
<input type="checkbox"/>	Seminario tecnico su polizza di Responsabilità Civile Professionale organizzato presso _____ in data ____ / ____ / _____ Si prega di indicare il/i nome/i del/i relatore/i _____
<input type="checkbox"/>	On line tramite motore di ricerca (Google, Virgilio, Yahoo, ...)
<input type="checkbox"/>	Pubblicità su riviste e/o giornali. Si prega di indicare quale _____
<input type="checkbox"/>	Stand presso congresso, convegno, evento. Si prega di indicare quale _____
<input type="checkbox"/>	Altro. Si prega di specificare _____

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 _____

convenzioni@gavabroker.it

Numero Verde **800 250 882**

www.gavabroker.it

Iscrizione Registro Unico Intermediari (RUI) al n. **B000182564**

P. IVA 01988370746

Lloyd's Coverholder n. 110237AMY

Sede e Direzione Generale

Via Danimarca n. 2 – 72100 Brindisi

Filiale e Uffici di Rappresentanza

Lecce - Roma - Bergamo

