

Proposta di Assicurazione **Proposal Form**

COPERTURA ASSICURATIVA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI DIPENDENTI PUBBLICI INCARICATI DELLA VERIFICA DELLA PROGETTAZIONE DI LAVORI

(Il presente documento riporta i dati e le informazioni necessarie all'attivazione della copertura assicurativa di cui all' art. 112, comma 4-bis, del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.)

La presente proposta è valida solo se compilata in ogni parte, datata e firmata in originale da un tecnico che possiede i poteri di impegnare il Contraente e/o l'Assicurato/i nei confronti degli Assicuratori.

1	INSURED (Assicurato: Soggetto incaricato della verifica della progettazione):		
	Via/Piazza numero civico:		
	Città:		
	CAP:		
	Prov:		
	Codice Fiscale:		
Ente di Appartenenza:			
2	CLIENT (Committente/Stazione Appaltante):		
	Via/Piazza numero civico:		
	Città:		
	CAP:		
	Prov:		
Codice Fiscale/Partita Iva:			
3	NAME OF PROJECT (Descrizione dell'opera):		
LOCATION (Luogo di esecuzione dell'Opera soggetta a verifica):			
4	ESTIMATED TOTAL CONSTRUCTION VALUE (Valore delle opere in Euro):		
	€		
5	CONSTRUCTION / INSURANCE PERIOD (data inizio lavori) up to/fino a:		
	Dal	al	data da comunicare: <input type="checkbox"/>
6	CONSTRUCTION / INSURANCE PERIOD (Cronoprogramma dei Lavori /Durata dell' Assicurazione):		
	365 days/giorni (12 months/mesi)	<input type="checkbox"/>	730 days/giorni (24 months /mesi) <input type="checkbox"/>
	1095 g days/giorni (36 months / mesi)	<input type="checkbox"/>	1460 days/giorni (48 months/mesi) <input type="checkbox"/>

7	ARE THERE ANY UNUSUAL LIABILITIES ASSUMED IN THE INSURED'S CONTRACT ? (Ci sono Responsabilità assunte nell'incarico professionale dall'Assicurato non in linea con quanto previsto dalla Legge ?) (Rispondere Si o No):		
	YES/SI	<input type="checkbox"/>	NO

IS THE PROPOSER AFTER ENQUIRY AWARE OF : (Dopo attento esame, il Proponente è a conoscenza di) :

8	ANY COSTS INCURRED BY THEM IN THE PAST OR ANY CLAIM MADE AGAINST THEM FOR PROFESSIONAL NEGLIGENCE, ERROR OR OMISSION (SUCCESSFUL OR OTHERWISE)? (Spese sostenute in passato o richieste di sinistro relative a errori, omissioni o negligenze professionali accettate o respinte?) (Rispondere Si o No):		
	YES/SI	<input type="checkbox"/>	NO
9	ANY CIRCUMSTANCE OR EVENT WHICH MIGHT GIVE RISE TO A CLAIM AGAINST THEM FOR PROFESSIONAL NEGLIGENCE, ERROR OR OMISSION? (Circostanze o eventi che possano dare origine a sinistri per errori, omissioni o negligenze professionali)		
	YES/SI	<input type="checkbox"/>	NO

Signed by (Firmato da):	Date (Data):