


**MODULO DI PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE  
 PROFESSIONALE DELLA PERSONA FISICA AZIENDALE TECNICO**

Vi preghiamo di trasmettere le informazioni a:

Professional Services Team di Aon SpA- fax n. 06//77276.255

indirizzo email: [vincenzo.di.girolami@aon.it](mailto:vincenzo.di.girolami@aon.it) - [francesco.imperatrice@aon.it](mailto:francesco.imperatrice@aon.it)

**DA LEGGERE CON ATTENZIONE**

La seguente proposta di assicurazione è in relazione ad un polizza **Claims Made** in base alla quale **la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento ed i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate nel periodo di polizza**, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

Vi preghiamo di **rispondere a tutte le domande in modo esauriente** (se lo spazio dovesse essere insufficiente, vogliate utilizzare un foglio separato).

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 fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio** da parte degli assicuratori in quanto, ai sensi degli artt. 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.

**1. DATI PERSONALI DEL PROPONENTE (professionista individuale, studio associato o società)**

Nome	Cognome	Attività Esercitata	
Cod.fiscale	Iscritto all' Albo di	Data iscrizione	
Denominazione (se studio associato o società)		Cod. fiscale/Partita IVA	
Indirizzo dell'attività professionale		Cap	Città e provincia
Email	Tel	Fax	

**Professionisti Associati, in caso di studio associato o società, anche se appartenenti a altri ordini (in mancanza di spazio allegare elenco)**

**Cognome e nome**

**Ordine di appartenenza**

1	
2	
3	
4	
5	

**2. STORIA ASSICURATIVA**
**2.1 Altre assicurazioni professionali attualmente in corso**

Compagnia	Polizza	Scadenza

**2.2 Precedenti Assicuratori**

Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando o di taluno dei suoi associati? Se SI', si prega fornire dettagli qui di seguito	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------



**4. DETTAGLI DI COPERTURA**

**4.1 Decorrenza dell'assicurazione**

Dalle ore 24.00 del	Alle ore 24.00 del
---------------------	--------------------

**4.2 Massimale richiesto con franchigia € 250,00**

€ 250.000 <input type="checkbox"/>	€ 500.000 <input type="checkbox"/>	€ 750.000 <input type="checkbox"/>	€ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

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.

**1. Il sottoscritto dichiara per conto proprio e dei suoi associati:**

- che le dichiarazioni ed informazioni fornite in questo modulo e negli allegati nello stesso richiesti sono veritiere e formeranno la base dell'assicurazione, se questa sarà stipulata;
- agli effetti del Dlgs. sulla "Privacy" n. 196/03, si autorizzano gli Assicuratori e l'Intermediario a far uso di queste informazioni unicamente per la stipulazione e gestione dell'assicurazione proposta in questo modulo.
- di non esser a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;
- di non esser a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;

Spazio a disposizione per integrare le dichiarazioni


**2. la sottoscrizione della presente proposta non impegna la Compagnia e il Proponente a stipulare il contratto.**

**3. La compilazione esauriente e completa in ogni sua parte del presente questionario è condizione necessaria alla valutazione e all'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore.**

<b>Data</b>	<b>Il Proponente (Timbro e firma leggibile)</b>