

**NOTA PER LA COMPILAZIONE: OVE LE DOMANDE PROPONGANO UNA RISPOSTA CON OPZIONI PREDEFINITE, BARRARE QUELLA SCELTA**  
**AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT NOTICE**

LA QUOTAZIONE È SUBORDINATA ALL'ESAME DEL QUESTIONARIO COMPLETO, DATATO E FIRMATO DA PERSONA AUTORIZZATA, E DI QUALUNQUE ALTRO DOCUMENTO O INFORMAZIONE I SOTTOSCRITTORI RITENGANO NECESSARI AI FINI DELLA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO / THE QUOTATION IS SUBJECT TO ASSESSMENT OF A FULLY COMPLETED PROPOSAL FORM, DATED AND SIGNED BY AN AUTHORISED PERSON, AND ANY FURTHER DOCUMENTATION OR INFORMATION UNDERWRITERS DEEM NECESSARY TO EVALUATE THE RISK CORRECTLY

È DI ESTREMA IMPORTANZA CHE IL PROPONENTE SIA A CONOSCENZA DELL'OGGETTO DI QUESTA ASSICURAZIONE COSÌ CHE ALLE DOMANDE QUI CONTENUTE POSSA ESSERE DATA LA CORRETTA RISPOSTA. IN CASO DI DUBBIO SI PREGA DI CONTATTARE IL VOSTRO INTERMEDIARIO POICHÈ OGNI INFORMAZIONE ERRATA O INESATTA POTREBBE COMPROMETTERE GLI EVENTUALI RISARCIMENTI O POTREBBE CAUSARE L'ANNULLAMENTO DELLA POLIZZA STESSA / IT IS FUNDAMENTAL THAT THE PROPOSER IS AWARE OF THE SUBJECT OF THIS INSURANCE SO THAT CORRECT ANSWERS CAN BE GIVEN TO THE QUESTIONS ASKED. IN THE EVENT OF ANY DOUBT PLEASE CONTACT YOUR LOCAL BROKER AS ANY ERRONEOUS OR INACCURATE INFORMATION COULD COMPROMISE ANY INDEMNIFICATION OR COULD LEAD TO CANCELLATION OF THE POLICY.

**QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA DELLE PROFESSIONI TECNICHE - PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE PROPOSAL FORM**

1	<b>INFORMAZIONI GENERALI</b>			
	Nome/Ragione Sociale del Proponente ( <i>name of Proposer</i> )			
	Indirizzo ( <i>Head office address</i> )			
	CAP, Città e Provincia			
	P.IVA (obbligatorio)		Codice Fiscale (obbligatorio)	
	PEC Email (obbligatorio)		Num telefono (obbligatorio)	
	Il proponente dichiara di essere <input type="checkbox"/> Persona Fisica <input type="checkbox"/> Ditta Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica			
	Data inizio attività ( <i>date qualified</i> ):		Iscritto all' Ordine della Prov.di:	
2	<b>Nome/Ragione Sociale di Imprese/Studi/Liberi Professionisti, Associati con il Proponente, da includere in garanzia per l'attività professionale da loro svolta autonomamente dal Proponente:</b> ( <i>names of other parties to be included</i> )			
	<b>Solo se sono Controllate, Collegate o Soci del proponente</b>			
	Nome e Cognome ( <i>Name</i> )	Tipo di rapporto * ( <i>Reason for Inclusion</i> )	Qualifica professionale ( <i>Qualifications</i> )	introiti lordi ultimo anno fiscale al netto dell'IVA ( <i>gross fees before taxes</i> )
<b>Descrizione dell'attività professionale esercitata (Description of professional)</b>				
3	Indicare a quale categoria professionale appartiene l'Assicurato ( <u>in caso di Società o Studi Associati segnare tutte le caselle corrispondenti ad ogni singolo professionista</u> ):			
	<input type="checkbox"/> Ingegnere <input type="checkbox"/> Architetto <input type="checkbox"/> Geologo <input type="checkbox"/> Ing. Chimico/Chimico/Per. Chimico <input type="checkbox"/> ADR (consulente per il trasporto di merce pericolosa)			
	<u>Titolo di studio:</u> <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Laurea quinquennale			
	<input type="checkbox"/> Professionista (ditta individuale) <input type="checkbox"/> Studio Associato <input type="checkbox"/> Società di Professionisti <input type="checkbox"/> Società di Ingegneria <input type="checkbox"/> Società di Servizi			
	<input type="checkbox"/> Altro _____			
	<input type="checkbox"/> Si richiede una Copertura <u>limitata</u> alla sola attività di Consulenti per la sicurezza, Igiene del Lavoro D.Lgs81/2008 e 624/96 e/o Certificazione Energetica			
	<input type="checkbox"/> Si richiede una Copertura <u>limitata</u> alla sola attività dell' Ufficio Tecnico			
	Fatturato totale del contraente			€ _____
	Fatturato dell'ufficio Tecnico espresso in % al fatturato del contraente			€ _____
	Descrizione dell'attività professionale esercitata : _____ _____ _____			

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

**N.B.:** il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.

4

**(la mancata risposta è considerata "no"):****Il Proponente dichiara di svolgere attività ad Alto rischio (pagine 5-6)?** Sì No

Se sì, indicare la percentuale di incidenza sul fatturato dell'anno precedente compilando contestualmente l'Allegato A e l'allegato B

**(Quest'ultimo esclusivamente in presenza di Chimici/Ingg. Chimici)**

Does the proposer perform professional services in respect of high risk activities (see pages 5-6)?

If Yes in what % of your last turnover? Please provide details through "annex A" and in the presence of Chemicals "annex B"

**Il Proponente richiede copertura per l'attività ad Alto rischio (pagine 5-6) svolta in passato ?**

does the proposer have never performed high-risk activities in the past for which previous coverage is required?

Se sì, indicare la percentuale di incidenza compilando contestualmente l'Allegato A e l'allegato B (Quest'ultimo **esclusivamente** in presenza di **Chimici/Ingg. Chimici**) Sì No

If Yes in what %? Please provide details through "annex A" and in the presence of Chemicals "annex B"

**N.B Vi ricordiamo che la polizza è operante in regime "claims made" e pertanto le garanzie operanti sono quelle presenti nella polizza al momento dell'apertura di un sinistro.****LA NON OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA RELATIVA AD OPERE AD ALTO RISCHIO COSTITUISCE UNA FORTE LIMITAZIONE SOSTANZIALE DELLA COPERTURA.**

Please note that being covered in claims made the guarantees are those present at the time of the policy in progress on which the accident occurs.

the non-operativity of the coverage relating to high risk works constitutes a strong substantial limitation of the cover. please read this clause carefully before replying.

5

**Professionisti che formano lo studio/Ditta/Società-solo per l'attività tecnica svolta dal Contraente/Assicurato (Professional forming the partnership - indicate only those who carry out the insured business ):**

Nome e Cognome (Name)	Qualifica professionale (Qualifications)	Data di Iscrizione all'Ordine (Date Qualified)

**GARANZIE RICHIESTE**

6

**FRANCHIGIA PER SINISTRO RICHIESTA (excess for each and every claim)**

Per Fatturati fino a € 300.000	Franchigia standard	<input type="checkbox"/> Franchigia standard dimezzata (½)
Da € 300.001 a € 750.000	€ 2.500	<input type="checkbox"/> Franchigia standard
Da € 750.001 a € 1.000.000	€ 5.000	<input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia standard
Da € 1.000.001 a € 5.000.000	€ 7.500	<input type="checkbox"/> 4 volte la Franchigia standard
	€ 10.000	<input type="checkbox"/> 6 volte la Franchigia standard
		<input type="checkbox"/> 8 volte la Franchigia standard
		<input type="checkbox"/> 10 volte la Franchigia standard

7

**MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO**  
Limit of Indemnity required

- € 250.000    € 500.000    € 750.000    € 1.000.000    € 1.500.000  
 € 2.000.000    € 2.500.000    € 3.000.000    € 3.500.000    € 5.000.000  
 € 7.500.000

8

**Il Proponente richiede la limitazione del massimale sopra indicato al 20% per le perdite patrimoniali ?**  
(does the proposer require the cover in respect of pure financial loss is limited to 20% of the limit?) Sì No**(la mancata risposta è considerata "no")**

9

**Il Proponente richiede l'operatività della Clausola Continuous Cover del testo di Polizza?**

does the proposer require to apply the continuous cover clause in the policy wording?

**N.B.:** la non operatività della clausola continuous cover costituisce una forte limitazione sostanziale della copertura. si prega di leggere attentamente tale clausola prima di rispondere.**please note:** the non-performance of the "continuous cover clause" is an important limitation of coverage. please read this clause before answering. Sì No**(la mancata risposta è considerata "no")**

10

**IL PROPONENTE DISPONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DI QUALITÀ?**

(the proposer has in place any quality control system?)

 Sì NoSe sì, da quando ? \_\_\_\_\_ Con quale organismo certificatore? \_\_\_\_\_  
(if yes, since when?) (with which certification body?)**(la mancata risposta è considerata "no")**

11

**Fornire l'ammontare degli introiti lordi degli ultimi 3 anni dei soggetti di cui ai punti 1 e 2 al netto dell'IVA e dei fatturati incrociati:**

(please state gross fees billed for each of the last three completed financial years for the names insured as indicated in item 1 and 2 of this proposal)

Anno di riferimento (year)	VALORE COMPLESSIVO IN EURO (gross fees)
2019	
2020 con decorrenza dal 31/12/2020	
Stima 2021	

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

**N.B.:** il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.

12 **Il Proponente dichiara di svolgere dove richiesto, indicare la percentuale di incidenza sul fatturato (la mancata risposta è considerata "no"):**  
*does the proposer perform professional services in respect of where required please provide the % of your fees (the missed answer is considered "no")*  
**Attività inerente D. LGS. 81/2008 e 624/96 (professional services in respect of d. lgs. 81/2008 e 624/96)?**  
 Sì % \_\_\_\_\_  No  
**Progettazione di sistemi software (software design activity)**  
 Sì % \_\_\_\_\_  No  
**Amministratore di Condominio (building manager activity)**  
 Sì % \_\_\_\_\_  No  
**Attività tecnica Navale (any naval activity)**  
 Sì % \_\_\_\_\_  No

**INFORMAZIONI PRECEDENTI CONTRATTI ASSICURATIVI**

13 **NEGLI ULTIMI 2 ANNI IL PROPONENTE HA STIPULATO COPERTURE ASSICURATIVE PER QUESTA TIPOLOGIA DI RISCHIO**  Sì  No  
*(Has the proposer been insured, in the last two years, for this type of risk?)*

**Fornire Dettagli Relativi All'ultima Copertura Assicurativa (obbligatorio)**  
**If "yes" please provide details below**

<b>La polizza in scadenza è stata gestita per il tramite di AEC</b> <i>Is the expiring policy provided by AEC</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<b>n° polizza/contract</b>
<b>Nome Compagnia (Company Name)</b>		
<b>Data di decorrenza (Inception Date)</b>		<b>Data di Scadenza (Expiry Date)</b>
<b>Massimale per Sinistro (Limit of Indemnity)</b>	Euro	<b>Retroattività presente in polizza (Retroactive date)</b>
<b>Premio annuo Lordo (Gross Premium)</b>	Euro	<b>N. Di anni di copertura precedente continua (Number of years continuous previous insurance)</b>

**IL PROPONENTE RICHIEDE LA COPERTURA PER L'ATTIVITÀ SVOLTA PRECEDENTEMENTE (RETROATTIVITA')?**  
 Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (as expiry)  
**NB: Nel caso di continuità di copertura assicurativa, verrà concessa gratuitamente la stessa retroattività del contratto in scadenza (sopra indicato)** *In case of "continuity of coverage" the same retroactive date of the expiring policy (as indicated above) will be granted*  
 0 ANNI (retroactive date as inception)  5 anni (5 years)  illimitata (unlimited)

14 **Il proponente richiede l'estensione RC Patrimoniale Colpa Grave ?** *Does the proposer require the PO Gross Negligence Extension? (La copertura di perdite patrimoniali subite da terzi ed in conseguenza di errori od omissioni commesse dagli amministratori, dirigenti e dipendenti della Pubblica Amministrazione nell'esercizio delle attività istituzionale svolta per l'Ente di appartenenza). The cover of financial loss suffered by third parties as a consequence of errors or omissions committed by the directors, executives and employees of the Public Administration during the institutional activities carried out for the iEntity to which they belong. (la mancata risposta è considerata "no") (the missed answer is considered "no")*  
 Sì  No

Se Sì, Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_ Posizione/Carica \_\_\_\_\_  
 Retribuzione lorda percepita negli ultimi 12 mesi: € \_\_\_\_\_  
*Gross salary last 12 months*

**NB: Salvo ordini professionali sono esclusi, Enti pubblici rientranti nei seguenti ambiti territoriali: Milano-Roma-Napoli-Palermo-Catania e Taranto. Sono inoltre esclusi le cariche ricoperte per Asl-Cliniche, Ospedali e/o strutture che forniscono servizi al SSN e tutte le attività in ambito medicale.**  
**Please Note Except for Professional orders excluding Appointments by the following Cities: Milano, Roma, Napoli, Palermo, Catania and Taranto. Furthermore no appointment by ASL ("aziende sanitarie locali": NHS practices), hospitals or any other structure providing services to the National Health Service. No Medmal related business**

15 **Sono mai state rifiutate coperture assicurative? Has any such proposal been declined ?**  Sì  No  
 SE SI FORNIRE DETTAGLI (if "yes" please provide details) : \_\_\_\_\_

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

**N.B.: il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.**

<p><b>Il proponente dichiara aver risarcito danni o aver ricevuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative a errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni?</b> <i>(The Proposer declares to have paid damages or received claims, accepted or declined, for professional negligence error or omission in the last 5 years)?</i></p> <p><i>(si intende qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie verso l'Assicurato in relazione alla responsabilità oggetto di questa assicurazione, qualsiasi comunicazione con la quale l'assicurato viene ritenuto responsabile di danni cagionati da fatto colposo, errore od omissione oppure con la quale gli viene richiesto il risarcimento di tali danni)</i></p>	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
<p><b>Il proponente è a conoscenza di Circostanze o eventi</b> che possano dare origine a nuove richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali <b>negli ultimi 5 anni?</b> <i>(The Proposer declares to be aware of circumstance or events which might give rise to a new claim against them for professional negligence, error or omission in the last 5 years?)</i></p> <p><i>(qualsiasi circostanza di cui l'assicurato venga a conoscenza e che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato)</i></p> <p><b>N.B.: Per comprendere l'importanza delle dichiarazioni precontrattuali, Vi invitiamo a prendere visione del video denominato "Cos'è una circostanza" su <a href="http://www.youtube.com/aecunderwriting">www.youtube.com/aecunderwriting</a></b></p>	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
<p>(*) In caso di risposta affermativa, se le circostanze o le richieste di risarcimento sono già state denunciate su polizza emessa per il tramite di AEC indicare il relativo numero di riferimento pratica (sin.n° _____)</p> <p><b>NB la compilazione della Scheda Sinistro (Allegato C) è necessaria <u>solo nel caso</u> di circostanze o richieste di risarcimento che non siano mai state denunciate o che siano state denunciate su polizze <u>non emesse per il tramite di AEC</u></b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>AVVERTENZA</b></p> <p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione</p> <p style="text-align: center;"><b>DECLARATION (Dichiarazione)</b></p> <p>Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti di cui al punto 2 del presente questionario 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 del proponente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza</p> <p>(I, being an authorized representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.)</p> <p>Il sottoscritto dichiara inoltre: di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo.</p> <p>Position _____ Date _____</p> <p style="text-align: right;">Firmato in nome del Proponente _____ (Signed on behalf of Proposer)</p> <p><b><i>(si ricorda che non è possibile accettare richieste di copertura se la data sopra indicata supera i 30gg.)</i></b></p>	

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

**N.B.:** il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.

ALLEGATO "A"

DETTAGLI ATTIVITA'

**Le domande che seguono devono essere compilate esclusivamente se l'assicurato contraente o un componente dello staff tecnico del contraente sia iscritto all'albo degli ingegneri, architetti, geologi e/o periti industriali**

1 Il Proponente dichiara di svolgere attività inerenti incarichi per **Ferrovie, Funivie, Gallerie, Porti, Dighe, Opere subacquee e parco giochi per cui ne richiede copertura?**  Sì  
 No  
*(The Proponent declares to carry out activities concerning tasks for Railways, Cableways, Tunnels, Ports, Dams, Underwater Works and Playground for which it requires coverage?)*

Se si fornire in percentuale sul fatturato totale dell'anno fiscale precedente la suddivisione dell'attività esercitata per i seguenti lavori, specificando la natura dell'incarico in base alle attività sotto riportate e relativa percentuale:

A)Progettazione	B)Direttore/Responsabile Lavori	C)Certificazione	D) collaudi	E) Studi Geotecnici	F ) Incarichi Amm.vi ( Consulenze, Perizie, CTU, Prevenzione ecc)
-----------------	---------------------------------	------------------	-------------	---------------------	---

<b>Ferrovie (Railways)</b> <i>Linee ferroviarie (rotaie, traversine, binari di stazione), ogni impianto di elettrificazione, di segnalamento e di telemetria. Non rientrano in questa esclusione : le opere civili, i sottopassi e sovrappassi, gli edifici adibiti a stazioni, uffici e servizi vari.</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Funivie (Cableways)</b> <i>Mezzi di trasporto su cavi sospesi. Non rientrano in questa esclusione: le opere edili connesse a tali mezzi di trasporto, quali gli edifici adibiti a stazioni (a valle, a monte e intermedie) e i plinti di fondazione dei sostegni in linea (purché non basati nell'acqua), nonché gli ascensori verticali o obliqui e le funicolari.</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Gallerie (Tunnels)</b> <i>Tutte le gallerie, siano esse artificiali o naturali, scavate con qualsiasi mezzo. Non rientrano in questa esclusione i sottopassi e sovrappassi</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Porti (Docks)</b> <i>luoghi posti sulla riva del mare, di un fiume e/o un lago che permettono il ricovero delle barche, il carico e lo scarico di merci o l'imbarco e lo sbarco di persone</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Opere subacquee (Underwater works)</b> <i>I porti marittimi, lacustri e fluviali, e tutte le opere totalmente sommerse o che abbiano le fondazioni basate nell'acqua.</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Dighe (Dams)</b> <i>Sbarramenti di acqua eseguiti con ogni tecnica. Non rientrano in questa esclusione i rafforzamenti delle sponde di fiumi.</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %
<b>Parchi giochi (Recreation Parks)</b> <i>Impianti in parchi giochi e luna park, destinati all'utilizzo da parte del pubblico</i>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	_____ %

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

N.B.: il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.

**ALLEGATO "B"**

DETTAGLI ATTIVITA'

**Le domande che seguono devono essere compilate esclusivamente se l'assicurato contraente o un componente dello staff tecnico del contraente sia iscritto all'albo dei chimici /Ingegneri Chimici o Periti Chimici**

**Divisione degli introiti lordi per l'ultimo anno finanziario come percentuale del fatturato totale  
(DIVISION OF GROSS FEES FOR LAST FINANCIAL YEAR AS PERCENTAGE OF THE TOTAL)**

1.	Campionamenti, rilievi, indagini ed analisi chimiche di ogni specie (ad. Es. quelle previste dalla Legge n. 679 del 19 Luglio 1957 e s.m.i.), eseguite con qualunque metodo, anche innovativo, e a qualunque scopo destinate, su sostanze e materiali quali :	%
a)	Prodotti petroliferi e chimici industriali	
b)	Alimenti e acque potabili, alcool e bevande, prodotti agricoli	
c)	Materiali di origine biologica (ad es. le analisi tossicologiche, biochimiche e biomediche)	
2.	Direzione di laboratori chimici, che svolgono le analisi su :	
a)	Prodotti petroliferi e chimici industriali	
b)	Alimenti e acque potabili, alcool e bevande, prodotti agricoli	
c)	Materiali di origine biologica (ad es. le analisi tossicologiche, biochimiche e biomediche)	
3.	Progettazione e realizzazione di impianti e opere quali impianti chimici industriali, impianti per la lavorazione di prodotti alimentari, laboratori, impianti pilota, impianti di depurazione, di trattamento e di smaltimento rifiuti, discariche, antinquinamento, bonifiche di siti inquinati nonché impianti e servizi di trattamento dell'aria, trasporto di fluidi e trasferimento di calore, ecc.). Compilazione dei progetti, preventivi, stipulazione dei contratti di esecuzione e di appalto, direzione dei lavori, avviamento, consegna, contabilità	
4.	Assunzione della responsabilità tecnica di :	
a)	Impianti di produzione (ad es. Chimica, alimentare, farmaceutica, ecc.), impianti di depurazione, trattamenti di demetallizzazione dei vini con ferrocianuro di potassio secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 354 del 5 Settembre 1967 e s. m. i	
b)	Stazioni di trasferimento di rifiuti urbani, stazioni di conferimento di rifiuti raccolti in modo differenziato, impianti di stoccaggio di rifiuti non pericolosi e impianti di trattamento chimico-fisico e/o biologico dei rifiuti per un numero di abitanti totali inferiore a 100.000	
c)	Impianti di stoccaggio di rifiuti pericolosi, impianti di discarica di rifiuti e impianti di termodistruzione di rifiuti per un numero di abitanti totali inferiore a 100.000	
d)	Stazioni di trasferimento di rifiuti urbani, stazioni di conferimento di rifiuti raccolti in modo differenziato, impianti di stoccaggio di rifiuti non pericolosi e pericolosi, impianti di trattamento chimico-fisico e/o biologico dei rifiuti, impianti di discarica di rifiuti e impianti di termodistruzione di rifiuti per un numero di abitanti totali superiore a 100.000	
5.	Accertamenti e verifiche su navi relativamente agli aspetti chimici (trasporto di merci pericolose trasporti pericolosi, pericolosità per la presenza di vapori esplosivi, gas infiammabili, corrosivi, velenosi o comunque nocivi, residui di decontaminazione o degassificazione), e altri compiti previsti per i Certified Maritime Chemists (art. 68 del Codice della Navigazione e leggi successive)	
6.	Consulenza e assistenza relativamente ai trasporti eccezionali e pericolosi ADR (Accordo Europeo sul trasporto internazionale stradale di merci pericolose)	
		<b>TOTALE PERCENTUALE</b>

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

**N.B.: il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.**

**ALLEGATO "C"**

## SCHEMA SINISTRO

n.b.: la compilazione della presente scheda è richiesta unicamente per la valutazione del rischio e non equivale a denuncia di sinistro ed inoltre tali fatti saranno espressamente esclusi dalla presente copertura assicurativa.  
Saranno del pari esclusi tutti i sinistri e circostanze già denunciati nel ambito di precedenti coperture

	Data del sinistro Date Of Loss _____	Data Inizio Lavori Start Date _____
	Data ricezione comunicazione sinistro Date Of Notification _____	Data Fine Lavori Finish Date _____
3	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato CLAIMANT: _____	
	Descrizione dettagliata del sinistro/ CLAIM SUMMARY	
4	Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro PROFESSIONAL SERVICE CARRIED OUT BY THE INSURED IN RESPECT OF THE CLAIM	_____
5	Eventuale Riserva della Compagnia / LOSS RESERVE	Euro _____
	Ammontare del danno richiesto/ GROSS CLAIM	Euro _____
	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa? IS THE CLAIM PAYABLE UNDER A PREVIOUS POLICY?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Se no fornire dettagli IF NO, WHY?	_____
6	Conclusione del sinistro o stato attuale CLAIM STATUS	_____
8	SIGNED ON BEHALF OF INSURED/ Firmato in nome del Proponente _____	
	Name _____	Position _____ Date _____

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016

N.B.: il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.