DUAL *Professioni*
Architetti

MODULO RACCOLTA DATI

Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità Civile Professionale Architetti

Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI. Esso si riferisce al prodotto DUAL Professioni dedicato a professionisti, associazioni professionali e/o società con FATTURATO fino a € 200.000 e non si applica individualmente a professionisti parte di associazioni professionali o società.

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno riportate nella SCHEDA DI POLIZZA sottoforma di dichiarazione del CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto emesso su richiesta del Proponente. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame dell'attività del Proponente.

ATTENZIONE: i termini riportati in lettere maiuscole hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP: **CITTA':** **Paese di residenza:**

P.IVA. **Codice Fiscale:**

Indirizzo di posta elettronica

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Professione: **Architetto**

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

1. FATTURATO consuntivo, previsionale se il Proponente Neo Costituito (includere l'eventuale FATTURATO derivante: dall'attività dei singoli professionisti e/o di amministratore condominiale, se richieste le rispettive estensioni) €

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

2. Esiste altra polizza che copre in tutto o in parte i rischi oggetto del contratto di assicurazione a cui si riferisce il presente modulo? SI NO

ATTENZIONE: nel caso di risposta "Non Confermo" anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono si prega di far compilare la Proposta di Assicurazione tailor made e di sottoporla a DUAL ITALIA S.P.A. che valuterà l'assumibilità del rischio.

3. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:

   - del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
   - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
   - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva.

Confermo	Non Confermo

4. Confermo che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti:

   - del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
   - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
   - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva

Confermo	Non Confermo

Se il FATTURATO dichiarato è comprensivo anche del FATTURATO relativo ad una o più delle attività di seguito indicate, si richiede l'estensione:

5. Studi associati / Società?

SI	NO

6. Amministratore condominiale?

SI	NO

Termini opzionali a discrezione del Proponente:

7. Si desidera rinunciare alla RETROATTIVITA' illimitata, **limitando quindi la RETROATTI VITA' alla data di decorrenza della POLIZZA?**

SI	NO

In caso di risposta affermativa sarà applicata ***una riduzione di premio del 30%, ma il Proponente ridimensiona in misura consistente la propria copertura assicurativa in quanto eventuali RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate agli ASSICURATI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, ma relative ad ERRORI commessi in data antecedente la data di decorrenza della POLIZZA, non rientrerebbero più nella garanzia assicurativa.***

LIMITI DI INDENNIZZO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al FATTURATO dichiarato al precedente punto 1. barrare la casella del LIMITE DI INDENNIZZO richiesto.

CLASSI DI FATTURATO	**SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro)**						
	250	**500**	**1.000**	**1.500**	**2.000**	**2.500**	**3.000**
DA € 0 A € 50.000	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DA € 50.001 A € 100.000	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DA € 100.001 A € 150.000	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DA € 150.001 A € 200.000	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PREMIO annuo lordo Euro ……..

AVVERTENZE

Qualora le risposte fornite siano tutte "Confermo", le dichiarazioni sovrastanti saranno utilizzate ai fini dell'emissione del Contratto emesso su richiesta del Proponente e riportate nella SCHEDA DI POLIZZA per opportuna sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il DIP, al DIP aggiuntivo, le condizioni generali di assicurazione e le definizioni, contenuti nel set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018 che dovrà essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto.

Firma dell'INTERMEDIARIO: …….

Data: …./…./…….. Firma del Proponente per accettazione: …….

Il presente documento è aggiornato al mese di Novembre 2019