

**Proposta di Assicurazione ai sensi del comma 14 art  
119 D.L. 34/2020**

**PROJECT INFORMATION SHEET**

Richiesta di :

**“Certificato di Assicurazione per Asseverazioni ai sensi del comma 14 art 119 D.L. 34/2020.”**

**Polizza del tecnico abilitato all'Asseverazione**

È presente una convenzione con il vostro Ordine/Collegio per il tramite di AEC ?  Sì  No

(se sì) indicare il nome dell'Ordine/Collegio: \_\_\_\_\_

Sei assicurato con AEC ? (**obbligatorio**)  Sì  No n° \_\_\_\_\_

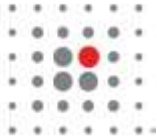
**NOTA PER LA COMPILAZIONE: OVE LE DOMANDE PROPONGANO UNA RISPOSTA CON OPZIONI PREDEFINITE**

**BARRARE QUELLA SCELTA**

*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. Alle proposte compilate correttamente sarà data priorità.*

1	Nome/Ragione Sociale del Proponente			
	Indirizzo			
	CAP, Città e Provincia			
	P.IVA ( <b>obbligatorio</b> )		Codice Fiscale ( <b>obbligatorio</b> )	
	PEC Email ( <b>obbligatorio</b> )		Num telefono ( <b>obbligatorio</b> )	
	Il proponente dichiara di essere <input type="checkbox"/> Persona Fisica <input type="checkbox"/> Ditta Individuale <input type="checkbox"/> Persona Giuridica			
	Attività professionale esercitata ( <b>obbligatorio</b> )			
	Data inizio attività (date qualified) :		Iscritto all' Ordine della Prov.di:	
2	ASSICURATI (compilare in caso di ATP/RTP con nome, cognome e qualifica professionale con la relativa P.Iva e/o C.Fiscale degli Assicurati )			
	Name		P.IVA o Codice Fiscale ( <b>obbligatorio</b> )	
3	Committente ( <b>obbligatorio indicare nominativo e tipologia i.e. : denominazione condominio , edificio unifamiliare e indirizzo completo</b> ) :			
	Nominativo:.....			
	Via:.....Città.....cap.....provincia.....			





9 Dopo attento esame, il Proponente dichiara di essere a conoscenza di Spese sostenute in passato o richieste di sinistro relative a errori, omissioni o negligenze professionali accettate o respinte Imputate/imputabili a polizza professionale generale?

Sì  No

Dopo attento esame, Il proponente dichiara a conoscenza di Circostanze o eventi che possano dare origine a nuove richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni?

Sì  No

In caso di risposta affermativa ad una delle due domande, 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° \_\_\_\_\_)

**NB la compilazione della Scheda Sinistro (Allegato B) è necessaria solo nel caso di circostanze o richieste di risarcimento che non siano mai state denunciate o che siano state denunciate su polizze non emesse per il tramite di AEC**

**Nota bene:** Le risposte a queste domande 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 fornire ogni atto o circostanza anche dubbia anche se tale atto o circostanza possa non essere considerato in buona fede come causa di danno.

**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**

Data (Date) \_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_

ALLEGATO "B"

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**

1	Data del sinistro _____	Data Inizio Lavori _____
	Data ricezione comunicazione sinistro _____	Data Fine Lavori _____
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato _____	
	Descrizione dettagliata del sinistro _____	
	_____	
	_____	
3	Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro PROFESSIONAL SERVICE CARRIED OUT BY THE INSURED IN RESPECT OF THE CLAIM	_____
4	Eventuale Riserva della Compagnia / LOSS RESERVE	Euro _____
	Ammontare del danno richiesto/ GROSS CLAIM	Euro _____
5	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Se no fornire dettagli _____	
6	Conclusione del sinistro o stato attuale	_____
7	Firmato in nome del Proponente _____	
	Name _____	Position _____