

**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 (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			
	Attività professionale esercitata (obbligatorio)			
	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 (obbligatorio)	
3	Committente (obbligatorio indicare nominativo e tipologia i.e. : denominazione condominio , edificio unifamiliare e indirizzo completo) :			
	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 _____ Date _____	