
**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 DEBITAMENTE COMPILATO IN OGNI PARTE , DATATO E FIRMATO DA PERSONA AUTORIZZATA, E DI QUALUNQUE ALTRO DOCUMENTO O INFORMAZIONE I SOTTOSCRITTORI RITENGANO NECESSARI AI FINI DELLA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO. LA MANCATA RISPOSTA AD UNA O PIÙ DOMANDE, POTREBBE COMPORRE IL RIFIUTO DELLA QUOTAZIONE.

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. IF ANY QUESTIONS WILL NOT BE ANSWERED, THE PROPOSAL MAY BE REJECTED.

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

INFORMAZIONI GENERALI <i>(general information)</i>					
1	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 (obbligatorio) <i>(date qualified):</i>		Iscritto all' Ordine della Provincia di:		
2	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: <i>(names of other parties to be included)</i>				
	Solo se sono Controllate, Collegate o Soci del proponente				
	Nome e Cognome <i>(Name and Surname)</i>	C.F. / P.IVA. <i>(Fiscal Code / VAT N°)</i>	Tipo di rapporto* <i>(Relationship)</i>	Qualifica professionale <i>(Qualification)</i>	introiti lordi ultimo anno fiscale al netto dell'IVA <i>(gross fees before taxes)</i>
Descrizione dell'attività professionale esercitata <i>(Description of activities performed)</i>					
3	Indicare a quale categoria professionale appartiene l'Assicurato (in caso di Società o Studi Associati segnare tutte le caselle corrispondenti ad ogni singolo professionista):				
	<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Geologo	<input type="checkbox"/> Ing. Chimico <input type="checkbox"/> ADR (consulente trasporto di merce pericolosa)	
	<u>Titolo di studio:</u>	<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea quinquennale	
	<u>Forma giuridica:</u>	<input type="checkbox"/> Studio Associato	<input type="checkbox"/> Società	<input type="checkbox"/> Società di Servizi <input type="checkbox"/> Professionista individuale	
	Descrizione attività esercitata*: _____ _____ _____				
4	Professionisti che formano lo studio solo per l'attività tecnica svolta dal Contraente/Assicurato <i>(Professionals forming the Firm only for the technical activity carried out by the Policyholder/Insured):</i>				
	Nome e Cognome <i>(Name and Surname)</i>	Qualifica professionale <i>(Qualifications)</i>	Data di Iscrizione all'Ordine <i>(Date Qualified)</i>		

Si richiede una Copertura limitata alla sola attività dell' Ufficio Tecnico? Sì No

Fatturato totale del contraente € _____

Fatturato dell'ufficio Tecnico espresso in % al fatturato del contraente € _____

Professionisti che formano l'ufficio tecnico (Professional forming the Technical Office)

5

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

Descrizione attività esercitata: _____

***COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA CON I MAGGIORI INCARICHI DEGLI ULTIMI 5 ANNI**

PROGETTO	INCARICO	INTROITI	VALORE OPERA	INIZIO	FINE

6 Si richiede una Copertura limitata alla sola attività di Consulenti per la sicurezza, Igiene del Lavoro D.lgs. 81/2008 e 624/96 e/o Certificazione Energetica? Sì No

GARANZIE RICHIESTE

7 **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
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 "annex B"

Il Proponente richiede copertura per l'attività ad Alto rischio (pagine 5-6) svolta in passato ? Sì No
does the proposer have never performed high-risk activities in the past for which previous coverage is required? If Yes in what %? Please provide details through "annex A" and "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 mancata risposta è considerata "no")

8	MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO <i>Limit of Indemnity required</i>	<input type="checkbox"/> € 250.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 750.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> € 3.500.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000
9		Franchigia standard		<input type="checkbox"/> Franchigia standard dimezzata (½) <input type="checkbox"/> Franchigia standard <input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia standard <input type="checkbox"/> 4 volte la Franchigia standard <input type="checkbox"/> 6 volte la Franchigia standard <input type="checkbox"/> 8 volte la Franchigia standard <input type="checkbox"/> 10 volte la Franchigia standard							
	Per Fatturati fino a € 300.000	€ 2.500									
	Da € 300.001 a € 750.000	€ 5.000									
	Da € 750.001 a € 1.000.000	€ 7.500									
	Da € 1.000.001 a € 5.000.000	€ 10.000									
10	Il Proponente richiede la limitazione del massimale sopra indicato al 20% per le perdite patrimoniali ? <i>(does the proposer require the cover in respect of pure financial loss is limited to 20% of the limit?)</i> (la mancata risposta è considerata "no")										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
11	Il Proponente richiede l'operatività della Clausola Continuous Cover del testo di Polizza? <i>does the proposer require to apply the continuous cover clause in the policy wording?</i> 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 exclusion of the "continuous cover clause" is an important limitation of coverage. <i>Please read this clause before answering.</i> (la mancata risposta è considerata "no")										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
12	IL PROPONENTE DISPONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DI QUALITÀ? <i>(Has the proposer got any quality control system?)</i>										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Se Sì, da quando (gg/mm/aaaa)? ____/____/____ Con quale organismo certificatore? _____ <i>(if yes, since when?) (with which certification body?)</i> (la mancata risposta è considerata "no")										
13	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: <i>(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)</i>										
	Anno di riferimento (year)	VALORE IN EURO (fees in Euro)									
	2021										
	2022 con decorrenza dal 31/12/2022										
	Stima 2023										
14	Il Proponente svolge le seguenti attività? Dove richiesto, indicare la percentuale di incidenza sul fatturato (la mancata risposta è considerata "no"): <i>does the proposer perform any of the following activity? Please provide the % of your fees (the missed answer is considered "no")</i> Attività inerente D. LGS. 81/2008 e 624/96 (professional services in respect of d. lgs. 81/2008 e 624/96)? <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Progettazione di sistemi software (software design activity) fino al 30% de fatturato (up to 30% of T/O) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Amministratore di Condominio (building manager activity) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Attività tecnica Navale (naval activity) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Attività di conciliazione e Arbitrato? (Arbitration and Conciliation activity) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Certificato prevenzione Antincendio? (Fire prevention activity) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No Svolge attività di Volontariato? (Voluntary activities) <input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No										

INFORMAZIONI PRECEDENTI CONTRATTI ASSICURATIVI (Previous Policies)

Sono mai state rifiutate coperture assicurative? *Has any such proposal been declined?* Sì No

SE SÌ FORNIRE DETTAGLI (if "yes" please provide details) : _____

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

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

RETROATTIVITÀ scelta (*retro activity period*)

Si prega di selezionare l'opzione richiesta (*please select your choice*)

come in scadenza (as expiry) **Data di decorrenza (RDI)** **5 anni (5 years)** **Illimitata (unlimited)**

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 **escluse** le cariche ricoperte per:

Asl-Cliniche, Ospedali e/o strutture che forniscono servizi al SSN e tutte le attività in ambito medicale.

Please Note that, except for Professional orders, the Policy excludes Appointments in Public Entities in the following Cities: Milano, Roma, Napoli, Palermo, Catania and Taranto. Furthermore no appointmentst by ASL ("aziende sanitarie locali": NHS practices), hospitals or any other structure providing services to the National Health Service. No Medmal related business

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? *The Proposer declares to have paid damages or received claims, accepted or declined, for professional negligence error or omission in the last 5 years?* Sì No

(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)

Il proponente è 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? *(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?)* Sì No

(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)

N.B.: Per comprendere l'importanza delle dichiarazioni precontrattuali, Vi invitiamo a prendere visione del video denominato "Cos'è una circostanza" su www.youtube.com/aecunderwriting

(* 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° _____)

NB la compilazione della Scheda Sinistro (Allegato C) 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

AVVERTENZA

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.

DICHIARAZIONE (DECLARATION)

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 emesso in conseguenza

(I, the undersigned, legal representative/attorney of the Proponent and of the other subjects referred to in point 2 of this questionnaire, DECLARE that the statements and information provided are true and that no important information has been withheld, omitted or altered and acknowledges that this form /proposal and any other information provided by the undersigned or on behalf of the proponent constitutes the basis for any insurance contract that will be issued as a result)

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" e il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del **Set Informativo**.

Posizione _____
(Company Position)

Data _____
(Date)

Firmato in nome del Proponente _____
(Signed on behalf of Proposer)

(Si ricorda che non è possibile accettare richieste di copertura se la data sopra indicata supera i 30gg.)

ALLEGATO "A"

DETTAGLI ATTIVITÀ

Il Proponente dichiara di svolgere attività inerenti incarichi per Ferrovie, Funivie, Gallerie, Porti, Dighe, Opere subacquee e parco giochi per cui ne richiede copertura? <i>(The Proponent declares to carry out activities concerning tasks for Railways, Cableways, Tunnels, Ports, Dams, Underwater Works and Playground for which it requires coverage?)</i>						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
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 lavori/ Responsabile Lavori	C) Certificazione	D) Collaudi	E) Studi Geotecnici	F) Incarichi Amm.vi (Consulenze, Perizie, CTU, Prevenzione ecc)	
1	Ferrovie (Railways) 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.				<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	_____%
Funivie (Cableways) 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 funiculari.				<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	_____%	
Gallerie (Tunnels) Tutte le gallerie, siano esse artificiali o naturali, scavate con qualsiasi mezzo. Non rientrano in questa esclusione: i sottopassi e sovrappassi				<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	_____%	
Porti (Docks) 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				<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	_____%	
Opere subacquee (Underwater works) I porti marittimi, lacustri e fluviali, e tutte le opere totalmente sommerse o che abbiano le fondazioni basate nell'acqua.				<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	_____%	
Dighe (Dams) Sbarramenti di acqua eseguiti con ogni tecnica. Non rientrano in questa esclusione: i rafforzamenti delle sponde di fiumi.				<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	_____%	
Parchi giochi (Recreation Parks) Impianti in parchi giochi e luna park, destinati all'utilizzo da parte del pubblico				<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

ALLEGATO "B"

DETTAGLI ATTIVITÀ

**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, alcoli 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, alcoli 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 :		
2	a) Impianti di produzione (ad es. Chimica, alimentare, farmaceutica, ecc.), impianti di depurazione, trattamenti di de-metallizzazione 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)		__%
	TOTALE PERCENTUALE		__%

DATA

FIRMA

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

1	Data del sinistro Date Of Loss _____	Data Inizio Lavori Start Date _____
	Data ricezione comunicazione sinistro Date Of Notification _____	Data Fine Lavori Finish Date _____
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato CLAIMANT: _____	
	Descrizione dettagliata del sinistro/ CLAIM SUMMARY	
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? IS THE CLAIM PAYABLE UNDER A PREVIOUS POLICY? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6	Se no fornire dettagli IF NO, WHY? _____	
7	Conclusione del sinistro o stato attuale CLAIM STATUS _____	
8	Posizione _____ (Company Position)	
	Data _____ (Date)	Firmato in nome del Proponente _____ (Signed on behalf of Proposer)