



SB Broker Srl

Sede Operativa: Piazza Duomo 53 | 27058 Voghera (PV) - Italia
Sede Legale: Viale Tunisia 4 | 20124 Milano (MI) - Italia

T (+39) 0383 218 558
T (+39) 02 4003 1573
F (+39) 02 9544 1990
E info@sbbroker.it
W www.sbbroker.it

**R.C. PROFESSIONALE DEI TECNICI LAUREATI E DIPLOMATI LIBERI PROFESSIONISTI PER LE ATTIVITÀ LEGATE
ALL'ART. 119 COMMI 13 E 14 (SECONDO MODIFICHE PREVISTE DAL D.L. 13/2022) E
DELL'ART. 121 COMMA 1-TER LETTERA B) DEL D.L. N. 34 DEL 19 MAGGIO 2020.**

CONTRAENTE/ASSICURANDO (<i>Policyholder/Insured</i>)	
COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE:	
Categoria - Albo Professionale:	
Partita IVA:	
Codice fiscale:	
Indirizzo:	
Comune:	
CAP:	
Indirizzo email:	
Telefono:	
Sito web:	
In caso di STUDIO ASSOCIATO, ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE oppure di SOCIETÀ Indicare Cognome, Nome e Codice Fiscale del Tecnico Abilitato All'Asseverazione:	
Cognome e Nome	_____
Codice Fiscale	_____

DETTAGLI PROGETTO (<i>Project details</i>)			
Tipo di asseverazione - attestazione:	<input type="checkbox"/> ECOBONUS 110% <input type="checkbox"/> SISMABONUS 110% <input type="checkbox"/> Bonus Minori (i.e. bonus ristrutturazione)		
Nome del Progetto, tipo intervento e Ubicazione con indirizzo <i>(Project Name and address)</i>			
Valore dell'intervento <i>(Asseverazione Value)</i>	EUR	Onorari Ricevuti <i>(Fees)</i>	EUR
Data inizio lavori <i>(Works inception date)</i>		Data prevista fine lavori <i>(expiry date)</i>	

ALTRE ASSICURAZIONI (*other Policies*)

Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando /i a copertura dell'Asseverazione/Attestazione che si intende assicurare?

SI NO

(Does/did exist another policy covering the Proposer Professional Liability)

Se sì indicare

Compagnia	Data di Scadenza	Massimale

POLIZZA RC PROFESSIONALE IN CORSO (*Current PI Cover*)

Per cortesia indicare l'assicuratore attuale della propria polizza RC Professionale:

Compagnia	Data di Scadenza	Massimale

RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE (*claims and circumstances*)

Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti del Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori?

(In the last 5 years, have any requests for compensation been advanced against the Proposer/Insured, one of the Insured Professionals or one of the Employees and Collaborators?)

SI NO (*Se SI si prega di fornire precisazioni se necessario con foglio a parte*)

Il Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti?

(Is the Proposer/Insured, any of the Insured Professionals or any of the Employees and Collaborators aware of Circumstances that may give rise to a request for compensation against them?)

SI NO (*Se SI si prega di fornire precisazioni se necessario con foglio a parte*)

DICHIARAZIONI (Declarations)

Il sottoscritto DICHIARA:

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del set informativo ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, composto da DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Modulo di Proposta / Questionario e Condizioni di Assicurazione comprensive di Definizioni;
- vi. Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Il Contraente dichiara, e gli Assicuratori così come il Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A. ne prendono atto, che il massimale richiesto è adeguato al numero delle attestazioni o asseverazioni rilasciate ed agli importi degli interventi oggetto delle predette attestazioni o asseverazioni.

Nome e Cognome _____

Posizione _____

Data

Firma