

Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's

Direzione Generale e Sede Legale: 20121 Milano, Corso Garibaldi, 86

Autorizzazione all'esercizio delle Assicurazioni concessa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 2 luglio 1986
(G.U. 7.7.1986 n. 155) CCIAA 1392364 – Iscrizione al Tribunale di Milano n. 325307/8089/7 - Cod. Fisc. 07585850584 - Part. IVA 10655700150NOTA PER LA COMPIALIONE: OVE LE DOMANDE PROPONGANO UNA RISPOSTA CON OPZIONI PREDEFINITE, BARRARE QUELLA SCELTA
AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT NOTICE

LA QUOTAZIONE È SUBORDINATA ALL'ESAME DEL QUESTIONARIO COMPLETO, DATATO E FIRMATO DA PERSONA AUTORIZZATA, E DI QUALUNQUE ALTRO DOCUMENTO O INFORMAZIONE I SOTTOSCRITTORI RITENGANO NECESSARI AI FINI DELLA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO / 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

È DI ESTREMA IMPORTANZA CHE IL PROPOSTORE 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 POICHÉ OGNI INFORMAZIONE ERRATA O INESATA 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

1		INFORMAZIONI GENERALI			
Nome/Ragione Sociale del Proponente (name of Proposer)					
Indirizzo (Head office address)					
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 (date qualified) :				Iscritto all' Ordine della Prov.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: (names of other parties to be included) Solo se sono Controllate, Collegate o Soci del proponente			
Nome e Cognome (Name)		Tipo di rapporto * (Reason for Inclusion)		Qualifica professionale (Qualifications)	
				introiti lordi ultimo anno fiscale al netto dell'IVA (gross fees before taxes)	
Descrizione dell'attività professionale esercitata (Description of professional)					
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/Chimico/Per. Chimico <input type="checkbox"/> ADR (consulente per il trasporto di merce pericolosa)					
<input type="checkbox"/> Agrotecnici, Periti Agrari e Forestali, Agronomo, Tecnologi Alimentari <input type="checkbox"/> Restauratore di Beni Culturali					
Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Laurea quinquennale					
<input type="checkbox"/> Studio Associato <input type="checkbox"/> Ditta Individuale <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Altro _____					
<input type="checkbox"/> Si richiede una Copertura <u>limitata</u> alla sola attività di Consulenti per la sicurezza, Igiene del Lavoro D.Lgs81/2008 e 624/96 e/o Certificazione Energetica					
Descrizione dell'attività professionale esercitata:					
4		Il Proponente dichiara di svolgere attività ad Alto rischio (pagine 4-5)? Se sì, indicare la percentuale di incidenza sul fatturato e contestualmente compilare l'Allegato A e l'Allegato B (Quest'ultimo esclusivamente in presenza di Chimici/Ingg. Chimici) does the proposer perform professional services in respect of high risk activities (see pages 4-5)? If Yes in what % of your fees? Please provide details through "annex 1" and in the presence of Chemicals "annex 2"			
		<input type="checkbox"/> Si % _____ <input type="checkbox"/> No			
N.B.: LA NON OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA RELATIVA AD OPERE AD ALTO RISCHIO COSTITUISCE UNA FORTE LIMITAZIONE SOSTANZIALE DELLA COPERTURA. SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE TALE CLAUSOLA PRIMA DI RISONDERE. please note:the non-performance of the "high risk activities" is an important limitation of coverage.please read this clause.before answering					
5		Professionisti che formano lo studio/Ditta/Società-solo per l'attività tecnica svolta dal Contraente/Assicurato (Professional forming the partnership - indicate only those who carry out the insured business):			
Nome e Cognome (Name)		Qualifica professionale (Qualifications)		Data di Iscrizione all'Ordine (Date Qualified)	

GARANZIE RICHIESTE

FRANCHIGIA PER SINISTRO RICHIESTA (excess for each and every claim)												
6	Franchigia standard											
	Per Fatturati fino a € 300.000	€ 2.500	<input type="checkbox"/> Franchigia standard dimezzata (½)									
	Da € 300.001 a € 750.000	€ 5.000	<input type="checkbox"/> Franchigia standard									
	Da € 750.001 a € 1.000.000	€ 7.500	<input type="checkbox"/> 2 volte la Franchigia standard									
	Da € 1.000.001 a € 5.000.000	€ 10.000	<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										
7	MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO <i>Limit of Indemnity required</i>	€ 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	<input type="checkbox"/>	
8	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>											
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No											
9	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>											
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No											
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 non-performance of the "continuous cover clause" is an important limitation of coverage. please read this clause before answering.												
10	IL PROPONENTE DISPONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DI QUALITÀ? <i>(the proposer has in place any quality control system?)</i>											
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No											
Se sì, da quando ? _____ Con quale organismo certificatore? _____ <i>(if yes, since when?) (with which certification body?)</i>												
11	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 COMPLESSIVO IN EURO (gross fees)						
	2016											
	2017 Decorrenza dal 31/12/2016											
Stima 2018												
12	Il Proponente dichiara di svolgere (dove richiesto, indicare la percentuale di incidenza sul fatturato) <i>(does the proposer perform professional services in respect of (where required please provide the % of your fees))</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)											
	<input type="checkbox"/> Sì % _____ <input type="checkbox"/> No											
	Amministratore di Condominio (building manager activity)											
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No												
PROGETTAZIONE DI TERMOVALORIZZATORI (any design activity from waste-to-energy plants)												
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No												
INFORMAZIONI PRECEDENTI CONTRATTI ASSICURATIVI												
13	NEGLI ULTIMI 2 ANNI IL PROPONENTE HA STIPULATO COPERTURE ASSICURATIVE PER QUESTA TIPOLOGIA DI RISCHIO (Has the proposer been insured, in the last two years, for this type of risk?)											
	<i>si prega di fornire dettagli relativi all'ultima copertura assicurativa If "yes" please provide details below</i>											
	Nome Compagnia (Company Name)											
	Data di decorrenza (Inception Date)						Data di Scadenza (Expiry Date)					
	Massimale per Sinistro (Limit of Indemnity)			Euro			Retroattività (Retroactive date)					
Premio annuo Lordo (Gross Premium)			Euro			N. Di anni di copertura precedente continua						
						Number of years continuous previous insurance						
IL PROPONENTE RICHIENDE LA COPERTURA PER L'ATTIVITÀ SVOLTA PRECEDENTEMENTE (RETROATTIVITÀ)?												
<input type="checkbox"/> Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (as expiry) <input type="checkbox"/> 5 anni (5 years)												
<input type="checkbox"/> 0 ANNI (retroactive date as inception) <input type="checkbox"/> illimitata (unlimited)												
NB: Nel caso di continuità di copertura assicurativa, verrà concessa gratuitamente la stessa retroattività del contratto in scadenza (sopra indicato)												
<i>In case of "continuity of coverage" the same retroactive date of the expiring policy (as indicated above) will be granted</i>												

14	<p>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.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>Se Sì, Ente di Appartenenza: _____ Posizione/Carica _____ Retribuzione linda percepita negli ultimi 12 mesi: _____ € _____ <i>Gross salary last 12 months</i></p> <p>NB: Salvo ordini professionali sono esclusi, Enti pubblici rientranti nei seguenti ambiti territoriali: Milano-Roma-Napoli-Palermo-Catania e Taranto. Sono inoltre esclusi le cariche ricoperte per Asl-Cliniche, Ospedali e/o strutture che forniscono servizi al SSN e tutte le attività in ambito medica.</p> <p><i>Please Note Except for Professional orders excluding Appointments by the following Cities: Milano, Roma, Napoli, Palermo, Catania and Taranto. Furthermore no appointments by ASL ("aziende sanitarie locali": NHS practices), hospitals or any other structure providing services to the National Health Service. No Medmal related business</i></p>	
15	<p>Sono mai state rifiutate coperture assicurative? Has any such proposal been declined ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>SE SI FORNIRE DETTAGLI (if "yes" please provide details) :</p>	
16	<p>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?) <i>(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)</i></p> <p>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?) <i>(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)</i></p> <p>(*) 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° _____)</p> <p>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</p>	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

DECLARATION (Dichiarazione)

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 emessa in conseguenza

(I, being an authorized representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.)

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.

Position _____
 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.)

La informiamo che i dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento, saranno utilizzati ai sensi dell'art.13 della legge 30 Giugno 2003 n.196.

N.B.: il presente modulo di proposta è necessario per la valutazione del rischio ma non prevale sulle condizioni della polizza emessa.

ALLEGATO "A"

DETTAGLI ATTIVITA'

Le domande che seguono devono essere compilate esclusivamente se l'assicurato/contraente o un componente dello staff tecnico del contraente sia iscritto all'albo degli ingegneri, architetti, geologi e/o periti industriali

1	<p>Il Proponente dichiara di svolgere attività inerenti incarichi per Ferrovie, Funivie, Gallerie, Porti, Digue, Opere subacquee e parco giochi? (does the proposer perform professional services in respect of railways, cableways, tunnels, dams, docks, underwater works, recreation parks?)</p> <p>Se si fornisce 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:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">A) Progettazione</td> <td style="width: 16.6%;">B) Direttore/Responsabile Lavori</td> <td style="width: 16.6%;">C) Certificazione</td> <td style="width: 16.6%;">D) collaudi</td> <td style="width: 16.6%;">E) Studi Geotecnici</td> <td style="width: 16.6%;">F) Incarichi Amm.vi (Consulenze, Perizie, CTU, Prevenzione ecc)</td> </tr> </table>						A) Progettazione	B) Direttore/Responsabile Lavori	C) Certificazione	D) collaudi	E) Studi Geotecnici	F) Incarichi Amm.vi (Consulenze, Perizie, CTU, Prevenzione ecc)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
A) Progettazione	B) Direttore/Responsabile Lavori	C) Certificazione	D) collaudi	E) Studi Geotecnici	F) Incarichi Amm.vi (Consulenze, Perizie, CTU, Prevenzione ecc)								
<p>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.</p>						<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	_____ %						
<p>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 funicolari.</p>						<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	_____ %						
<p>Gallerie (Tunnels) Tutte le gallerie, siano esse artificiali o naturali, scavate con qualsiasi mezzo. Non rientrano in questa esclusione i sottopassi e sovrappassi</p>						<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	_____ %						
<p>Porti (Docks) Opere subacquee (Underwater works) porti marittimi, lacustri e fluviali, e tutte le opere totalmente sommerse o che abbiano le fondazioni basate nell'acqua</p>						<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	_____ %						
<p>Dighe (Dams) Sbarramenti di acqua eseguiti con ogni tecnica. Non rientrano in questa esclusione i rafforzamenti delle sponde di fiumi.</p>						<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	_____ %						
<p>Parchi giochi (Recreation Parks) Impianti in parchi giochi e luna park, destinati all'utilizzo da parte del pubblico</p>						<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	_____ %						
2	<p>Le seguenti domande devono essere compilate esclusivamente se l'assicurato/contraente o un componente dello staff tecnico del contraente sia iscritto collegio dei periti industriali e periti industriali Laureati</p> <p>IL PROPONENTE RICHIENDE COPERTURA ATTIVITÀ PROFESSIONALE PER OPERE CON VALORE SUPERIORI A € 3.500.000,00? (does the proposer require cover for professional activity on projects more than € 3.500.000,00 in value?)</p>						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No						

DATA

FIRMA

ALLEGATO "B"

DETTAGLI ATTIVITA'

Le domande che seguono devono essere compilate esclusivamente se l'assicurato contraente o un componente dello staff tecnico del contraente sia iscritto all'albo dei chimici /Ingegneri Chimici o Periti Chimici

**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, alcool 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, alcool 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 :
a)	Impianti di produzione (ad es. Chimica, alimentare, farmaceutica, ecc.), impianti di depurazione, trattamenti di demetallizzazione 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			
SCHEDA SINISTRO			
<p>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.</p> <p>Saranno del pari esclusi tutti i sinistri e circostanze già denunciati nel ambito di precedenti coperture</p>			
	Data del sinistro Date Of Loss	Data Inizio Lavori Start Date	
	Data ricezione comunicazione sinistro Date Of Notification	Data Fine Lavori Finish Date	
3	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato CLAIMANT:		
	Descrizione dettagliata del sinistro/ CLAIM SUMMARY		
4	Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro PROFESSIONAL SERVICE CARRIED OUT BY THE INSURED IN RESPECT OF THE CLAIM		
5	Eventuale Riserva della Compagnia / LOSS RESERVE		
	Euro _____		
	Ammontare del danno richiesto/ GROSS CLAIM		
	Euro _____		
	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?		
8	Conclusione del sinistro o stato attuale CLAIM STATUS		
SIGNED ON BEHALF OF INSURED/ Firmato in nome del Proponente			
Name _____ Position _____ Date _____			