

QUESTIONARIO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE INQUINAMENTO

CONTRACTORS POLLUTION LIABILITY APPLICATION

Istruzioni

1. Prego compilare questo modulo. Tutti i quesiti inerenti a ciascuna copertura richiesti devono ricevere risposta
2. Se lo spazio è insufficiente per completare le risposte, per favore continuate su Vostra carta intestata
3. Fate sì che questo questionario sia sottoscritto e datato dal Proprietario, Socio o Dirigente della Vostra Società
4. Leggete pagina 4 per la lista delle informazioni che devono essere fornite

<u>Richiedente</u>	<u>Broker</u>
1. Nome <u>ISTITUTO ZOOLOGICO FILANTROPIA SPERIM. DELL'AGROVERO E DEL MOLISE "G. CAPORALE"</u>	_____
Cap <u>64100</u>	_____
Indirizzo <u>VIA CAMPO BOARIO</u>	_____
Num tel <u>0861-3321</u>	_____
2. Indirizzo della sede	
principale <u>VIA CAMPO BOARIO 64100 TERNI</u>	_____
Num tel Sede principale <u>0861-3321</u>	_____
Contatto e carica ricoperta in azienda _____	
3. Allegate una lista degli enti da considerare Assicurandi e da coprire con questa polizza (solo quelle entità che forniscono i servizi e le operazioni come indicate saranno considerate Assicurati)	
4. Da quanto tempo l'Assicurando è in attività? <u>1940</u>	
5. Durante i passati cinque anni l'Assicurando ha modificato ragione sociale o è stata acquistata qualsiasi altra attività oppure è intervenuta una qualsiasi fusione o un consolidamento? Si () No <input checked="" type="checkbox"/>	
Se si fornite dettagli. <u>/</u>	

7. **Totale dello staff professionale del Richiedente**

- (1) Titolari _____
 (2) Supervisor - direttori _____
 (3) Numero totale di tecnici ed architetti _____
 (4) Totale del personale di cantiere _____
 (5) Idrogeologi, geologi, chimici _____
 (6) Tutti gli altri _____

8. **E' richiesta nella copertura di questa polizza la copertura di una Associazione di Impresa ?** Si ___ No

Se si, descrivi _____

9. **I Vostri progetti sono vincolati ?** Si ___ No ___

Se si con quale Società ? _____

10. **Può un solo progetto rappresentare più del 25% del fatturato annuo ?** Si () No

Se si, fornite dettagli _____

11. **Vogliate fornire il fatturato lordo dell' anno precedente** (ENTE PUBBLICO - NON FATTURANTE)

12. **Profilo delle operazioni**

- (1) Nella colonna A, indicate la percentuale del fatturato della società dovuto ad operazioni e servizi in proprio.
 (2) Nella colonna B indicate la percentuale del fatturato dovuto ad operazioni e servizi in subappalto.
 (3) Le colonne a+b devono ammontare al 100%
 (4) Previsioni di vendita basate sui 12 mesi antecedenti alla data di effetto della copertura

	A + _____ % In proprio	B=100% _____ % Subappalto esterno	C Proiezioni € Fatturato
1. Attività di Ripristino Ambientale			
Campionatura acqua sotterranea			
Campionatura sottosuolo			
Pulizia materiale pericoloso, scavi suolo			
Trattamento e recupero dell' acqua sotterranea			
Immagazzinamento dei rifiuti			

Trattamento sul luogo dei rifiuti pericolosi			
Inceneritori mobili			
Barriere di contenimento			
Pulizia di emergenza dei materiali pericolosi			
Installazione e rimozione di serbatoi			
Olio PCB / Equipaggiamento di riempimento & smaltimento			
Stoccaggio e riciclaggio di idrocarburi o prodotti chimici			
Dragaggi			
Abbattimento di amianto e piombo			
Altri (spiegate)			
2. Altre Attività			
Carpenteria			
Demolizione e smantellamento			
trivellazioni			
Elettriche			
Scavi non pericolosi / pendenze			
Attività di appalto in generale			
HVAC / Meccaniche			
Pulitura industriale (incl. Fognature e settica)			
Isolamento			
Legnami			
Opere in muratura / Cemento			
Marine			
Oil Lease			
Pitture			
Costruzione e pulizia di condotte			
Idraulica			
Coperura tetti			
Costruzioni in acciaio			
Costruzione di strade			
Altre			

Totale previsione vendite _____

13. Dettaglio delle operazioni eseguite all'estero (Paesi). Indicare la percentuale di tali operazioni sul totale di cui al punto 12)

14. La Vostra Società gestisce e provvede allo smaltimento di materiali pericolosi e non per conto dei Clienti? Si ___ No

15. La Vostra Società possiede, gestisce o ha in licenza impianti per il trattamento, smaltimento e stoccaggio dei rifiuti? Si No ___

(SOLO STOCCAGGIO)

16. Avete un registro di certificati assicurativi aggiornati dei Vostri subfornitori ? Si ___ No ___
17. Questi certificati sono richiesti per dimostrare la copertura contro l' inquinamento ? Si ___ No ___
Indicate % ___
18. Qual' è il massimale minimo di responsabilità che Voi chiedete ai vostri subappaltatori ?
Per la Responsabilità totale _____
Per la Responsabilità ambientale _____
Per la Responsabilità professionale _____
19. Richiedete di figurare quale Assicurato addizionale sulle polizze dei Vostri Subappaltatori ? Si ___ No ___
%Si ___
20. I Vostri contratti con Subappaltatori prevedono una clausola di indennizzo ? Si ___ No ___ %Si ___
Se si allegate tutte le copie delle Condizioni di polizza con clausole di indennizzo.
21. La Vostra Società sottoscrive contratti dove si assume responsabilità ? Si ___ No ___ %Si ___
Se si allegate copie contratti con Condizioni e Clausole di indennizzo
22. Forniteci la lista delle Vostre coperture di Responsabilità Civile

Coperture	Compagnia di Assicurazione	Massimali	Termini di scadenza	SIR (autoassicurazione /franchigia)	Retroattività (se presente)
Responsabilità Generale					
RC Inquinamento - Contractors					
RCO					
Coperture in eccesso / DIL					
RC Auto					
RC Professionale					

23. Vi è stato richiesto di risarcimento nei confronti del Richiedente in epoca precedente, oppure nei confronti di qualche Vostro subappaltatore in merito all' inquinamento o responsabilità professionale
Si ___ No

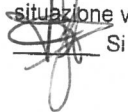
Se si precisate 1) la data della richiesta di risarcimento ; 2) la data dell'incidente, atto od omissione che ha dato origine alla richiesta di risarcimento; 3) nome del danneggiato ; 4) natura del danno; 5) ammontare del risarcimento o stima di quanto potrà essere pagato; and 6) definizione o stato del sinistro

E' concordato che i danni insorti precedentemente alla entrata in vigore della polizza sono esclusi dalla copertura, salvo quanto espressamente disposto nella polizza . (metta una sigla) _____ Si

24. Il Richiedente è al corrente di qualsiasi fatto, circostanza o situazione che potrebbe portare ad una richiesta di risarcimento nei suoi confronti o di qualsiasi altra persona od entità per la quale viene richiesta la copertura ?

Si No Se si fornite dettagli

Si concorda che se esiste tale conoscenza di tali fatti, qualsiasi richiesta di danni derivante da tale fatto, circostanza o situazione viene esclusa da tale proposta di copertura salvo quanto diversamente pattuito in polizza. (metta una sigla)

 Si

26. **Allegati richiesti**

A. Le seguenti informazioni sono richiesta per tutte le polizze:

- Brochure / certificazioni di qualità
- Elenco delle persone chiave dell'Azienda inclusi tutti i Project Managers
- Copie dei listati sinistri relativi a queste coperture, incluso inquinamento.
- Bilanci certificati degli ultimi 2 anni e quello attuale (anche non certificato)

Se la presente è una polizza a copertura di progetto includete copia completa di contratto con il Cliente.

Il richiedente dichiara che quanto sopra dichiarato ed i fatti esposti sono veri e che non è stato sottaciuto o parzialmente dichiarato alcuna circostanza rilevante.

La Compilazione di questo del presente questionario non comporta l'automatica copertura del rischio. L'accettazione della quotazione della Compagnia di Assicurazione da parte del richiedente e l'accordo scritto della stessa Compagnia sono richiesti per dare inizio alla copertura.

Viene concordato che questo modulo costituisce la base del contratto qualora venga emessa una polizza, e sarà allegato alla polizza stessa.

Tutti le dichiarazioni scritte ed i materiali forniti alla Società di Assicurazione insieme a questa richiesta fanno parte integrante del presente modulo.

Se un ordine viene ricevuto, il presente formulario viene allegato alla polizza; pertanto è necessario che si risponda nei dettagli a tutte le domande.

Il richiedente dichiara che quanto sopra dichiarato ed i fatti sono veri e non è stato sottaciuto nulla o non è stato dolosamente omesso o falsificato alcunchè.



Dot. Fabrizio Piccini

[Handwritten signature]

Data _____

(firma del dirigente)

[Handwritten signature]

(firma leggibile & titolo)

BROKER _____ Data _____

(nome società in stampatello)

(indirizzo del Broker)

(referente & num di tel)

(num di registrazione all'albo del broker)

LEGGETE ATTENTAMENTE QUESTO FORMULARIO E SOTTOSCRIVETELO DOVE INDICATO. SE LA POLIZZA VERRÀ EMESSA QUESTA DICHIARAZIONE SARÀ ALLEGATA ALLA POLIZZA STESSA.

L'ASSICURANDO DICHARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE AGLI AMMONTARI RELATIVI ALLE SPESE LEGALI INCORSE VERRÀ APPLICATA LA FRANCHIGIA.



Dott. Fabrizio Piccarì

Firma:

(firma del Socio o dirigente)

(nome e carica leggibile)

Data:
