



## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE DI:

- ORDINI/COLLEGI PROFESSIONALI (PARTE 1)
- CONSIGLI DI DISCIPLINA (PARTE 2)
- ORGANISMI DI MEDIAZIONE (PARTE 3)
- ORGANISMI DI COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO (PARTE 4)

## MODULO DI PROPOSTA/QUESTIONARIO

Vi preghiamo di trasmettere le informazioni a: [ordini@aon.it](mailto:ordini@aon.it)

### **AVVISO IMPORTANTE/IMPORTANT WARNING**

- (1) *La presente proposta deve essere compilata da **un responsabile dell'Ordine/Collegio, del Consiglio o dell'Organismo proponente**. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere sottoscritto e datato. In caso di stipula del contratto assicurativo le informazioni in esso contenute saranno considerate parte integrante della copertura.*
- (2) **Tutti i fatti a conoscenza dell'Ordine/Collegio, del Consiglio o dell'Organismo Proponente** devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
- (3) **POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**  
*L'Assicurazione viene prestata nella forma "claims made" e opera per le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e denunciate all'Assicuratore nel medesimo periodo nonché nei termini e nei modi indicati nel presente contratto.*

## PARTE 1: ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ORDINE/COLLEGIO PROFESSIONALE

### 1. Dati Generali riguardanti l'Ordine/Collegio professionale:

- Denominazione dell'Ordine/Collegio Professionale: ORDINE DEI DR AGRONOMI E DR FORESTALI
- Indirizzo dell'Ordine/Collegio Professionale (via cap città provincia): VIA A. CEFALY, 1 -88900- CROTONE
- Codice Fiscale dell'Ordine/Collegio Professionale: \_\_\_\_\_
- Partita Iva dell'Ordine/Collegio Professionale: 91009780791
- N. Consiglieri dell'Ordine/Collegio Professionale in carica alla data di compilazione del presente modulo proposta (compreso revisori) 7 (CONSIGLIERI TERRITORIALI) 7 (CONSIGLIERI DISCIPLINA)
- N. iscritti dell'Ordine Professionale in carica alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta (escluso praticanti): 98
- N. dipendenti dell'Ordine Professionale/Collegio alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta NESSUNO

### 2. L'Ordine/Collegio Proponente Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli:

Con quale Compagnia LLOYD'S INSURANCE COMPANY RSA

Per quale massimale 1.000.000,00 EURO

Con quale scadenza ANNUALE 17/03/2323

### 3. Sono mai state rifiutate all'Ordine/Collegio Proponente o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

### 4. Precisare se siano mai stati avanzati reclami o richieste di risarcimento, *come definite in polizza*, nei confronti dell'Ordine/Collegio Proponente o degli Assicuranti sia pure relativamente a precedenti mandati negli ultimi cinque anni i:

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

5. **L'Ordine/Collegio Proponente** è a conoscenza di Circostanze, come definite in polizza, negli ultimi cinque anni che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?

Si  No  In caso affermativo fornite dettagli (usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente):

6. Massimale richiesto (**per sinistro e anno assicurativo**)

€ 500.000 |  € 1.000.000 |  € 2.000.000 |  € 2.500.000 |  € 3.000.000 |

7. **ATTIVITA' DISCIPLINARE**

L'attività disciplinare viene svolta:

direttamente da Consiglio dell'Ordine/Collegio (NB: IN QUESTO CASO L'ATTIVITA' DISCIPLINARE E' AUTOMATICAMENTE COPERTA)

da un Consiglio di Disciplina o da un Consiglio Distrettuale di Disciplina o da altro organismo all'uopo costituito (NB: IN QUESTO CASO LA COPERTURA DELL'ATTIVITA' DISCIPLINARE DEVE ESSERE ESPRESSAMENTE RICHIESTA UTILIZZANDO LA **PARTE 2** DEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA)

#### DICHIARAZIONE/DECLARATION

Il sottoscritto, in qualità di **Responsabile dell'Ordine/Collegio Proponente** dichiara quanto segue:

- di poter compilare il presente Modulo di Proposta per conto **dell'Ordine/Collegio Proponente**;
- che tutte le risposte alle domande contenute nel presente Modulo di Proposta sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio del Modulo di Proposta;
- che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che il Modulo di Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- Che, in ogni caso, se tra la data del Modulo di Proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Nome / Firma                     **DOTTORE AGRONOMO MICHELE MESSINA**                    

Qualifica e/o incarico ricoperto **PRESIDENTE**

Data           **26 GENNAIO 2023**          



## PARTE 2: ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEL CONSIGLIO DI DISCIPLINA/CONSIGLIO DISTRETTUALE DI DISCIPLINA

### 1. Dati Generali riguardanti il Consiglio/Consiglio Distrettuale di Disciplina

- Denominazione del Consiglio: CONSIGLIO DI DISCIPLINA
- Indirizzo del Consiglio (via cap città provincia): VIA A. CEFALY, 1 -88900- CROTONE
- Codice Fiscale del Consiglio: .....
- Partita Iva del Consiglio: .....
- N. Consiglieri in carica alla data di compilazione del presente modulo proposta (compreso revisori) 7
- N. iscritti dell'Ordine/Collegio Professionale in carica alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta (escluso praticanti): 98
- N. dipendenti del Consiglio alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta .....

### 2. Il Consiglio Proponente Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli:

Con quale Compagnia LLOYD'S INSURANCE COMPANY RSA

Per quale massimale 1.000.000,00 EURO

Con quale scadenza ANNUALE 17/03/2323

### 3. Sono mai state rifiutate al Consiglio o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

### 4. Precisare se siano mai stati avanzati reclami o richieste di risarcimento, *come definite in polizza*, nei confronti dell'Ordine/Collegio Proponente o degli Assicuranti sia pure relativamente a precedenti mandati negli ultimi cinque anni i:

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

### 5. Il Consiglio Proponente è a conoscenza di Circostanze, *come definite in polizza*, negli ultimi cinque anni che

potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?

Si  No  In caso affermativo fornite dettagli (usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente):

## OPZIONI DI COPERTURA DEL CONSIGLIO DI DISCIPLINA/CONSIGLIO DISTRETTUALE DI DISCIPLINA (indicare con una X l'opzione scelta)

6.  **OPZIONE 1:** COPERTURA COMPRESA NELLA POLIZZA STIPULATA DALL'ORDINE/CONSIGLIO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO, CON UN UNICO MASSIMALE PARI A QUELLO RICHIESTO NELLA "PARTE 1" DEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA
7.  **OPZIONE 2:** COPERTURA SEPARATA, CON CONTRATTO INTESTATO AL CONSIGLIO DI DISCIPLINA/CONSIGLIO DISTRETTUALE DI DISCIPLINA E MASSIMALE DEDICATO

8. Massimale richiesto (per sinistro e anno assicurativo)

€ 500.000 |  € 1.000.000 |  € 2.000.000 |  € 2.500.000 |  € 3.000.000 |

### DICHIARAZIONE/DECLARATION

Il sottoscritto, in qualità di **Responsabile del Consiglio proponente** dichiara quanto segue:

- di poter compilare il presente Modulo di Proposta per conto **del Consiglio Proponente**;
- che tutte le risposte alle domande contenute nel presente Modulo di Proposta sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio del Modulo di Proposta;
- che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che il Modulo di Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- Che, in ogni caso, se tra la data del Modulo di Proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Nome / Firma                     **DOTTORE AGRONOMO MICHELE MESSINA**

**Qualifica e/o incarico ricoperto**                     **PRESIDENTE**

Data                     **26 GENNAIO 2023**



### PARTE 3: ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ORGANISMO DI MEDIAZIONE ISTITUITO PRESSO L'ORDINE/COLLEGIO

1. Dati Generali riguardanti **L'Organismo di Mediazione:**

- Denominazione dell'Organismo di Mediazione: \_\_\_\_\_
- Indirizzo dell'Organismo di Mediazione (via cap città provincia): \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale dell'Organismo di Mediazione: \_\_\_\_\_
- Partita Iva dell'Organismo di Mediazione: \_\_\_\_\_

Fatturato annuo (ultimo esercizio) dell'Organismo di Mediazione \_\_\_\_\_

2. **L'Organismo di Mediazione** Proponente ha avuto altre polizze di questo tipo?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli:

Con quale Compagnia \_\_\_\_\_

Per quale massimale \_\_\_\_\_

Con quale scadenza \_\_\_\_\_

3. Sono mai state rifiutate **all'Organismo di Mediazione proponente** o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

4. Precisare se siano mai stati avanzati reclami o richieste di risarcimento, *come definite in polizza*, nei confronti dell'Organismo di Mediazione proponente o degli Assicuranti sia pure relativamente a precedenti mandati negli ultimi cinque anni i:

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

5. **L'Organismo di Mediazione proponente** è a conoscenza di Circostanze, *come definite in polizza*, negli ultimi cinque anni che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?

Si  No  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

6. Massimale richiesto (per sinistro e anno assicurativo)

€ 500.000 |  € 1.000.000 |  € 1.500.0000 |

**DICHIARAZIONE/DECLARATION**

Il sottoscritto, in qualità di **Responsabile dell'Organismo di Mediazione Proponente** dichiara quanto segue:

- di poter compilare il presente Modulo di Proposta per conto **dell'Organismo di Mediazione Proponente**;
- che tutte le risposte alle domande contenute nel presente Modulo di Proposta sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio del Modulo di Proposta;
- che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che il Modulo di Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- Che, in ogni caso, se tra la data del Modulo di Proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Nome / Firma \_\_\_\_\_

***Qualifica e/o incarico ricoperto*** \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

## PARTE 4: ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DELL'ORGANISMO DI COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO (O.C.C.) ISTITUITO PRESSO L'ORDINE/COLLEGIO

### 1. Dati Generali riguardanti l'O.C.C.:

➤ Denominazione dell'O.C.C.: \_\_\_\_\_

➤ Indirizzo dell'O.C.C. (via cap città provincia): \_\_\_\_\_

➤ Codice Fiscale dell'O.C.C.: \_\_\_\_\_

➤ Partita Iva dell'O.C.C.: \_\_\_\_\_

Fatturato annuo (ultimo esercizio) dell'O.C.C. \_\_\_\_\_

### 2. L'O.C.C. Proponente ha avuto altre polizze di questo tipo?

**Si**  **No**  In caso affermativo fornire dettagli:

Con quale Compagnia \_\_\_\_\_

Per quale massimale \_\_\_\_\_

Con quale scadenza \_\_\_\_\_

### 3. Sono mai state rifiutate all'O.C.C. o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?

**Si**  **No**  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

### 4. Precisare se siano mai stati avanzati reclami o richieste di risarcimento, *come definite in polizza*, nei confronti dell'O.C.C. proponente o degli Assicuranti sia pure relativamente a precedenti mandati negli ultimi cinque anni i:

**Si**  **No**  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

### 5. L'O.C.C. proponente è a conoscenza di Circostanze, *come definite in polizza*, negli ultimi cinque anni che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?

**Si**  **No**  In caso affermativo fornire dettagli (*usare un allegato se lo spazio sotto non è sufficiente*):

6. Massimale richiesto (per sinistro e anno assicurativo)

€ 1.000.000 |  € 1.500.000 |  € 2.000.0000 |

**DICHIARAZIONE/DECLARATION**

Il sottoscritto, in qualità di **Responsabile dell'O.C.C proponente** dichiara quanto segue:

- di poter compilare il presente Modulo di Proposta per conto **dell'O.C.C. Proponente**;
- che tutte le risposte alle domande contenute nel presente Modulo di Proposta sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio del Modulo di Proposta;
- che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che il Modulo di Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
- Che, in ogni caso, se tra la data del Modulo di Proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Nome / Firma \_\_\_\_\_

**Qualifica e/o incarico ricoperto** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_