

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione della responsabilità civile verso terzi e della responsabilità amministrativa/contabile dei dirigenti e dei dipendenti degli enti pubblici.

La seguente proposta di assicurazione è relativa ad una Polizza "claims made". Essa concerne esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti di un Assicurato e da questi comunicate agli Assicuratori nel periodo di Polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte ivi allegate.

La Polizza non opera in relazione a Richieste di Risarcimento che traggano origine da fatti o Circostanze esistenti e note all'Assicurato prima della data di decorrenza della Polizza

Le risposte relative alle dichiarazioni contenute nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. Per tale ragione, a tali domande si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o Circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze in merito al rischio oggetto di assicurazione, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Codice Fiscale:

Indirizzo:

CAP:

CITTA':

Paese di residenza:

Indirizzo di posta elettronica

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Ente/i di appartenenza		Funzione/Carica (*)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

(*)Massimo 5 Funzioni/Cariche

Limite di Indennizzo richiesto prescelto (in migliaia di Euro)

 500 1.000 1.500 2.500

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

ATTENZIONE: nel caso di risposta - Non Confermo anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono la presente proposta si intenderà revocata ad ogni effetto.

In tal caso, se richiesto, DUAL Italia S.p.A. si riserva di valutare l'assumibilità del rischio, previa ricezione del questionario "tailor made" debitamente compilato dal Contraente/Assicurato

1. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti del Proponente Confermo Non Confermo
2. Confermo che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti del Proponente: Confermo Non Confermo
3. Confermo che il Proponente **NON** è un Direttore/Dirigente/Dipendente ASL/USL o di Strutture Sanitarie in genere Confermo Non Confermo
4. Confermo che il Proponente **NON** è un Direttore/Dirigente Scolastico Confermo Non Confermo
5. Confermo che il Proponente **NON** svolge la propria attività presso Consorzi Smaltimento Rifiuti/Discariche Confermo Non Confermo
6. Confermo che il Proponente **NON** è un Dipendente/Dirigente/Amministratore di Società a Partecipazione Pubblica (indipendentemente dal fatto che tale partecipazione sia totale o parziale) Confermo Non Confermo
7. Confermo che il Proponente **NON** svolge più di cinque cariche e/o funzioni presso altri Enti o presso lo stesso Ente Confermo Non Confermo

ESTENSIONI RICHIESTE:

8. Si svolgono due cariche e/o funzioni presso Enti diversi da quello di appartenenza? SI NO
9. Si svolgono tre o più cariche e/o funzioni (fino ad un massimo di 5) presso l'Ente di appartenenza e/o altri Enti? SI NO
10. Si richiede l'estensione per l'attività tecnica? SI NO

ULTERIORI DICHIARAZIONI E PRIVACY

Il sottoscritto dichiara che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta Proposta, e delle altre informazioni fornite, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della Polizza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta per conto della Associazione Professionale o della Società e che gli Assicurati hanno preso visione ed

approvato la stessa così come compilata.

AVVERTENZE

Effetti delle dichiarazioni inesatte e reticenti

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'Indennizzo. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente polizza

Periodicità e mezzi di pagamento di pagamento del Premio

Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.

Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL Italia S.P.A. (come definita dal Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Dichiarazione di avvenuta ricezione del fascicolo informativo

Il Proponente dichiara che ha ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, Proposta.

Data:/...../..... Firma del Proponente:

Firma dell'Intermediario:

Firma del Proponente: Data:/...../.....

Il presente documento è aggiornato al mese di Febbraio 2015

Studio Losasso Broker Srl

POTENZA - 85100 - Via Della Tecnica, 18 - Tel. 0971.19.40.635

MILANO - 20143 - Ripa di Porta Ticinese, 77/79 - Tel. 02.40.04.75.41

Iscrizione R.U.I. B000064629 P. IVA 01644640763 – REA Potenza n. 124007

www.studiolosassobroker.com - info@pec.studiolosassobroker.com