



## FASCICOLO INFORMATIVO PARTE II

### RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE ENTI PUBBLICI

#### (PUBLIC OFFICIALS)

#### MODULO DI PROPOSTA

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PATRIMONIALE (PO – PUBLIC OFFICIALS) in regime di “Claims Made” il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre compilare, datare e firmare la presente proposta solo dopo un'attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando “N/A” (non applicabile) ove necessario.

- 1) Polizza Singola (**COLPA GRAVE**): Dipendente, Amministratore, Dirigente Pubblico (**personale amministrativo o tecnico**) che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio;
  
- 2) Polizza Collettiva (**COLPA GRAVE**): Dipendenti, Amministratori, Dirigenti Pubblici (**personale amministrativo e/o tecnico**) che intendono stipulare l'assicurazione in forma collettiva in quanto svolgono le loro specifiche mansioni presso uno stesso ENTE o fanno parte di una stessa Associazione, Sindacato, ecc.
  
- 3) Polizza con garanzia **ENTE ASSICURATO (COLPA LIEVE)**: Ente Pubblico e rispettivi Dipendenti, Amministratori, Dirigenti Pubblici (personale amministrativo e/o tecnico) che intendono stipulare l'assicurazione in forma collettiva (**adesione colpa grave – APPENDICE N°2**)

1) **POLIZZA SINGOLA (COLPA GRAVE):**

1a) Dati Generali riguardanti L'Assicurato (POLIZZA SINGOLA)

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia: (\_\_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)

N° Abitanti: \_\_\_\_\_

*(rispondere solo nel caso di Comune)*

“Crocettare” nella tabella di cui sotto la relativa attività/mansione svolta presso l'ENTE di appartenenza:

<b>MANSIONE AMMINISTRATIVA RICOPERTA</b>	<b>Indicare con “X”</b>
Presidente	
Sindaco	
Capo Gabinetto	
Direttore ASL	
Rettore Università	
Assessore	
Dirigente	
Segretario	
Direttore Amministrativo	



Revisore	
Vice Rettore	
Vice Gabinetto	
Vice Sindaco	
Vice Segretario	
Membro del Comitato Etico	
Membro del Collegio Sindacale	
Responsabile Area Amministrativa	
Capo Dipartimento	
Dipendente Legale	
Preside	
Quadro	
Medico Legale	
Resp. Polizia Locale o VV.UU	
Alta Professionalità Amministrativa	
Responsabile struttura Universitaria	
Ufficiale Rogante Universitario	
Presidente di Circostrizione	
Consigliere	
Dipendente Amministrativo	
Vigile Urbano/ Polizia Locale	
Componente CDA	
Assistente Sociale	
Componente Giunta Camera di Commercio	

MANSIONE TECNICA RICOPERTA	Indicare con "X"
Dirigente	
Direttore	
Alta Professionalità (Ingegneri, Architetti, Geometri, ecc.)	
Quadro	
Sola Attività di Rup	
Altri Dipendenti Tecnici	

1b) Massimale richiesto:

250.000,00 €

500.000,00 €

1.000.000,00 €

1.500.000,00 €

2.000.000,00 €

2.500.000,00 €

2) **POLIZZA COLLETTIVA (COLPA GRAVE):**

2a) Dati Generali riguardanti gli Assicurati (POLIZZA COLLETTIVA):

Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_

N° Abitanti: \_\_\_\_\_

(rispondere solo nel caso di Comune)

Inserire nella tabella di cui sotto, nome e cognome e la relativa attività/mansione svolta presso l'ENTE di appartenenza delle persone che si intendono assicurare:

NOME e COGNOME	MANSIONE SVOLTA	MASSIMALE (vedere punto 1b)

In caso si necessitasse di Massimale pro-capite superiore o inferiore indicare più sotto:

NOME e COGNOME	MANSIONE SVOLTA	MASSIMALE RICHIESTO

**3) POLIZZA CON GARANZIA ENTE ASSICURATO (COLPA LIEVE):**

3a) Dati Generali riguardanti L'Assicurato (ENTE PUBBLICO):

Amministrazione  
 Proponente: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia: (\_\_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

N° Abitanti: \_\_\_\_\_

(rispondere solo nel caso di Comuni)

Indicare la % di partecipazione pubblica

\_\_\_\_, \_\_\_\_%

(rispondere solo in caso di Ente Pubblico diverso da Comuni)

3b) Inserire nella tabella di cui sotto, nome e cognome e la relativa attività/mansione svolta presso l'ENTE di appartenenza delle persone che si intendono assicurare:

NOME e COGNOME	MANSIONE SVOLTA	MASSIMALE (vedere punto 1b)

**DOMANDE GENERALI**

**(da compilare sempre sia in caso di “polizza singola” o “collettiva” o con “garanzia Ente Assicurato”):**

I) Il Contraente o L'Assicurato/i ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Patrimoniale?

Si

No

Se si, indicare:

Assicuratore: \_\_\_\_\_

Massimale: \_\_\_\_\_

Franchigie / Scoperti: \_\_\_\_\_

Premio Lordo: \_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Retroattività: \_\_\_\_\_

II) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Patrimoniale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si

No

Se si, fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento e/o reclami contro l'Assicurato e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?



Si

No

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

---

---

---

**IV)** Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'Assicurato e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si

No

Se si, fornire dettagli:

---

---

---

### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati 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 dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

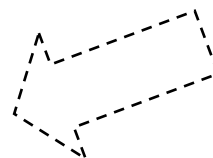
**Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo parte I redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione oltre ad "APPENDICE DI AGGIORNAMENTO AI FASCICOLI INFORMATIVI LLOYD'S" come da circolare del 31/05/2014.**

Data

\_\_\_\_\_

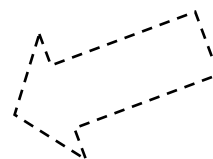
Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_



Timbro e firma

\_\_\_\_\_



### IMPORTANTE

EURO-AMERICAN SRL si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

### NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

EURO-AMERICAN SRL si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è EURO-AMERICAN SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

**Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).**

Data

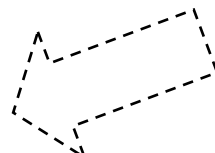
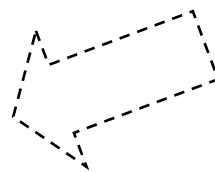
\_\_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO N°1 - FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"**

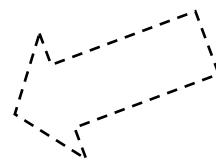
Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti o qualora si volesse fornire maggiori dettagli agli ASSICURATORI in merito alle attività svolte dall'Assicurato/i si prega di utilizzare questo foglio:

Data

---

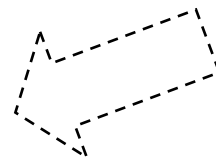
Nome e funzione di chi firma

---



Timbro e firma

---



**ALLEGATO N°2 - MODULO DI ADESIONE “COLPA GRAVE”**

(da compilare SINGOLARMENTE per ciascun DIPENDENTE che intende aderire)

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia: ( \_\_\_\_\_ )

Codice Fiscale: \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_

N° Abitanti: \_\_\_\_\_

(rispondere solo nel caso di Comune)

“Crocettare” nella tabella di cui sotto la relativa attività/mansione svolta presso l’ENTE di appartenenza:

MANSIONE AMMINISTRATIVA RICOPERTA	Indicare con “X”
Presidente	
Sindaco	
Capo Gabinetto	
Direttore ASL	
Rettore Università	
Assessore	
Dirigente	
Segretario	
Direttore Amministrativo	



Revisore	
Vice Rettore	
Vice Gabinetto	
Vice Sindaco	
Vice Segretario	
Membro del Comitato Etico	
Membro del Collegio Sindacale	
Responsabile Area Amministrativa	
Capo Dipartimento	
Dipendente Legale	
Preside	
Quadro	
Medico Legale	
Resp. Polizia Locale o VV.UU	
Alta Professionalità Amministrativa	
Responsabile struttura Universitaria	
Ufficiale Rogante Universitario	
Presidente di Circostrizione	
Consigliere	
Dipendente Amministrativo	
Vigile Urbano/ Polizia Locale	
Componente CDA	
Assistente Sociale	
Componente Giunta Camera di Commercio	
Altri Dipendenti Amministrativi	

MANSIONE TECNICA RICOPERTA	Indicare con "X"
Dirigente	
Direttore	
Alta Professionalità (Ingegneri, Architetti, Geometri, ecc.)	
Quadro	
Sola Attività di Rup	
Altri Dipendenti Tecnici	

Massimale pro capite richiesto per singola adesione:

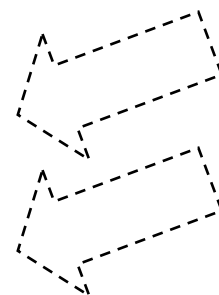
- 250.000,00 €
- 500.000,00 €
- 1.000.000,00 €
- 1.500.000,00 €
- 2.000.000,00 €
- 2.500.000,00 €

Agli effetti di quanto previsto dagli artt. 1892-1893-1894 del C.C. io sottoscritto dichiaro di non avere ricevuto alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO in ordine a comportamento colposi, né di essere a conoscenza ad oggi di alcuna CIRCOSTANZA nota che possa dar luogo ad una PERDITA o un danno a TERZI, per fatto a me imputabile.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'ASSICURATO \_\_\_\_\_



Il vostro Intermediario



**POLIZZA MIGLIORE SRL**

Sede legale in  
Via Silvio Pellico n°5  
12037 Saluzzo(CN)  
0175-41671