

# Responsabilità civile Dipendenti pubblici

## Modulo di proposta - Copertura Individuale

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

### AVVISO IMPORTANTE

**"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile)**

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal 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 firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti 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) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

### 01. Dati generali riguardanti il proponente:

a) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

b) Indirizzo \_\_\_\_\_

c) CAP, Città e Provincia \_\_\_\_\_

d) CF \_\_\_\_\_

**02. Precedenti assicurativi:** indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? \_\_\_\_\_

In caso affermativo, precisare::

(a) Impresa assicuratrice: \_\_\_\_\_

(b) Periodo di polizza: \_\_\_\_\_

(c) Massimale di polizza: \_\_\_\_\_

(d) Retroattività di polizza: \_\_\_\_\_

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si  No  \_\_\_\_\_

**03. Indicare le funzioni che si intendono assicurare, ad eccezione degli incarichi pregressi** (in caso di incarichi pregressi compilare l'Allegato 1)

Funzione Ricoperta	Ente di appartenenza	Retroattività	Estensione danni materiali
<input type="checkbox"/> Dirigente / Direttore Tecnico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	Operativa
<input type="checkbox"/> Dirigente / Direttore Legale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Magistrato		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sindaco (Enti Territoriali)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Dirigente Generale, Superiore, Primo Dirigente (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Questore / Vice questore aggiunto / Commissario capo / Commissario (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Istruttore Direttivo Tecnico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	Operativa
<input type="checkbox"/> Presidente / Amministratore unico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Direttore Generale / Amm.vo / Sanitario (Enti Sanitari)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/> Rettore / ProRettore		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/>	Commissario straordinario / Prefetto		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Funzionari / Quadri / Altri Dipendenti Tecnici (esclusi Dirigenti)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	Operativa
<input type="checkbox"/>	Vice Sindaco / Vice Segretario / Vice Presidente		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Vice Prefetto		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Vice Commissario / Ispettore Superiore / Sostituto Commissario (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Segretario generale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Direttore Generale (Enti Territoriali)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Collegio di Direzione (Enti Sanitari)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Membro del Comitato Etico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Membro del Comitato Valutazione Sinistri (Enti Sanitari)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Medico Forense / Medico Legale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Direttore Amministrativo / Dirigente Amministrativo		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Ispettore Capo / Ispettore / Vice Ispettore /Sovrintendente Capo (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Membro Collegio Sindacale /Collegio dei Revisori / Membro CDA		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Preside / Vice Preside / Direttore Didattico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Ufficiali Giudiziari		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Presidente Distrettuale / Municipale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Sovrintendente / Vice Sovrintendente / Assistente capo (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Membro del Consiglio di Amministrazione Universitario/Scolastico		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Assessore		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Assistente / Agente Scelto / Agente (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Ufficiale Polizia Municipale / Locale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Dirigente di Area/ Segretari Centrali Amministrativi/ Vice- Capo di Dipartimento/ Capo Ufficio/ Responsabili della Sicurezza (Enti Accademici)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Istruttore Direttivo Amministrativo		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Dipendente Amministrativo / PO Amministrativa		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Dirigente Medico / Dirigente Sanitario / Personale Medico di Reparto		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	N/A
<input type="checkbox"/>	Consigliere Comunale / Provinciale / Regionale		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Componente commissioni di concorso, selezioni, gare		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Insegnante		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### 04. Massimale richiesto:

EUR 500,000

EUR 1,000,000

EUR 1,500,000

EUR 2,500,000

EUR 3,000,000

EUR 5,000,000

#### 05. Sinistrosita' pregressa:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilita' civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

Si

No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilita' civile, penale o deontologica del proponente?

Si

No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDDETTE DOMANDE, SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA SINISTRO ALLEGATA- IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

#### 06. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara:

- che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Data

Firma

Qualifica

Nome Leggibile

#### **POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver preso atto che il contratto di assicurazione proposto è nella forma «*claims made*» così come sopra specificato;
- di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Firma

Data:

**Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.**

Firma:

Data:



**ALLEGATO 2****SCHEDA SINISTRO**

	Data del sinistro? _____
	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato?
	Descrizione dettagliata del sinistro?
	Attività svolta dal Proponente/Assicurato? _____
	Ammontare del danno richiesto? _____ Ammontare dell'eventuale riserva? _____
	Conclusione del sinistro o stato attuale? _____
	Timbro e Firma del Proponente  Nome _____ Carica _____  Data _____