



Codice Broker n.: _ _ _ _

Nome broker: _____

QUESTIONARIO

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE, AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVA – CONTABILE PER COLPA GRAVE

(il cui Ente di riferimento è già in possesso di una copertura RC Patrimoniale AIG)

Questionario per:

- **Comuni con numero di abitanti fino a 5.000 abitanti**
- **Ordini o Collegi Professionali**



DICHIARAZIONI AI FINI DELLA STIPULAZIONE DELLA POLIZZA:

Il sottoscritto dichiara:

- di avere ricevuto dall'**Assicuratore** e/o da **Intermediario assicurativo** le **Condizioni Generali di Assicurazione**, e di averne letto e compreso integralmente il contenuto;
- di avere preso visione della **nota informativa** predisposta ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenza" dal Regolamento ISVAP n. 35.
- di avere ricevuto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03, di aver ricevuto l'**informativa sul trattamento dei dati personali** e di autorizzare il trattamento degli stessi per tutte le finalità di cui alla sottoscrivenda polizza;
- ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, si risponde come segue alle domande a) e b), sotto riportate:

a) Sono state stipulate altre polizze ancora attive per la copertura Rc patrimoniale verso Terzi e Responsabilità amministrativa ed amministrativa-contabile, oggetto di questo questionario?

SI ☐ / NO ☐

Se "**SI**" pregasi specificare nello spazio sottostante il nome dell'Assicuratore in corso e la data di scadenza

b) Sono mai state annullate o rifiutate coperture assicurative per questo tipo di rischio?

SI ☐ / NO ☐

Se "**SI**" pregasi dettagliare nello spazio sottostante le ragioni dell'annullamento:

Luogo e Data

Contraente/Assicurato



CONTRAENTE/ASSICURATO

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: ☐ M ; ☐ F

Data di nascita: ____/____/____ (GG/MM/AAAA)

Codice Fiscale: _____

RECAPITI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Località: _____

CAP: _____

DATI RELATIVI ALL'ENTE PUBBLICO DI APPARTENENZA

Nome: _____

Tipo: ☐ Comune ; ☐ Ordine e/o Collegio Professionale

Partita IVA: _____

Indirizzo: _____

Provincia: _____

Località: _____

CAP: _____



L'Ente di appartenenza ha la polizza rc patrimoniale in corso con AIG?

SI ☐ / NO ☐

INFORMAZIONI IN MERITO A SINISTRI E/O CIRCOSTANZE:

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il Sottoscritto ha mai ricevuto una *Richiesta di Risarcimento* o è a conoscenza di fatti e/o circostanze che possano far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento nei suoi confronti, in relazione all'Assicurazione che si intende qui stipulare?

☐ **SI**, ho ricevuto e/o sono a conoscenza

☐ **NO**, non ho ricevuto e/o non sono a conoscenza

Se "**SI**" pregasi dettagliare nello spazio sottostante: motivo, importo della richiesta di risarcimento, status ad oggi (qualora lo spazio fosse insufficiente pregasi allegare dettagli su foglio a parte)

CONDIZIONI ECONOMICHE E TERMINI DI COPERTURA

Data decorrenza / / (GG/MM/AAAA)

La polizza avrà necessariamente la durata di 12 mesi dalla data di decorrenza indicata, la quale non potrà essere anteriore a un mese dalla data di compilazione del questionario.

OPZIONE PRESCELTA:

(**N.B.** in caso di più funzioni o attività presso enti diversi, indicare unicamente la funzione ritenuta principale con il massimale prescelto e compilare gli allegati acclusi al presente questionario relativi alle altre funzioni: la Compagnia fornirà quotazione separata):



PREMI LORDI ANNUI (N.B. selezionare con una croce la funzione interessata e la combinazione massimale/premio prescelta. Trattasi di premi indicativi subordinati alla conferma da parte della Compagnia):

	MASSIMALE	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000
FUNZIONE					
☐ Presidente					
☐ Sindaco		☐ € 140,00	☐ € 182,00	☐ € 238,00	☐ € 294,00
☐ Prefetto					
☐ Membro del C.d.A.					
☐ Membro di Ordine/Collegio Professionale		☐ € 84,00	☐ € 112,00	☐ € 147,00	☐ € 182,00
☐ Assessore					
☐ Vice Presidente		☐ € 84,00	☐ € 112,00	☐ € 147,00	☐ € 182,00
☐ Vice Sindaco					
☐ Segretario					
☐ Tesoriere		☐ € 84,00	☐ € 112,00	☐ € 147,00	☐ € 182,00
☐ Direttore Generale					
☐ Capo di Gabinetto					
☐ Dirigente					
☐ Responsabile Legale					
☐ Responsabile P.O.					
☐ Responsabile Polizia Municipale		☐ € 63,00	☐ € 91,00	☐ € 119,00	☐ € 147,00
☐ Agente Contabile					
☐ Membro del Collegio dei Revisori					
☐ Dipendente amministrativo		☐ € 56,00	☐ € 77,00	☐ € 105,00	☐ € 126,00
☐ Dirigente Tecnico		☐ € 154,00	☐ € 210,00	☐ € 273,00	☐ € 336,00
☐ Responsabile P.O. Tecnico					
☐ Dipendente Tecnico		☐ € 119,00	☐ € 161,00	☐ € 210,00	☐ € 259,00
☐ Consigliere Comunale		☐ € 49,00	☐ € 70,00	☐ € 91,00	☐ € 112,00

Richiesta di Retroattività: illimitata

Numero Anni Copertura Postuma: 5 anni

Luogo e Data

Contraente/Assicurato



- ALLEGATO 1 -
DATI DEGLI ENTI ULTERIORI
PRESSO CUI L'ASSICURATO SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITA'

ENTE NR. 2

DENOMINAZIONE ENTE: _____

Funzioni Esercitate (selezionare):

- ☐ **Presidente**
- ☐ **Sindaco**

- ☐ **Membro del C.d.A.**
- ☐ **Assessore**

- ☐ **Vice Presidente**
- ☐ **Vice Sindaco**

- ☐ **Segretario**
- ☐ **Direttore Generale**
- ☐ **Capo di Gabinetto**

- ☐ **Dirigente**
- ☐ **Responsabile legale**
- ☐ **Responsabile P.O.**
- ☐ **Responsabile Polizia Municipale**
- ☐ **Agente Contabile**
- ☐ **Membro del Collegio dei Revisori**

- ☐ **Dipendente amministrativo**

- ☐ **Dirigente Tecnico**
- ☐ **Responsabile P.O. Tecnico**

- ☐ **Dipendente Tecnico**
- ☐ **Consigliere Comunale**



ENTE NR. 3

DENOMINAZIONE ENTE: _____

Funzioni Esercitate (selezionare):

- ☐ **Presidente**
- ☐ **Sindaco**

- ☐ **Membro del C.d.A.**
- ☐ **Assessore**

- ☐ **Vice Presidente**
- ☐ **Vice Sindaco**

- ☐ **Segretario**
- ☐ **Direttore Generale**
- ☐ **Capo di Gabinetto**

- ☐ **Dirigente**
- ☐ **Responsabile legale**
- ☐ **Responsabile P.O.**
- ☐ **Responsabile Polizia Municipale**
- ☐ **Agente Contabile**
- ☐ **Membro del Collegio dei Revisori**

- ☐ **Dipendente amministrativo**

- ☐ **Dirigente Tecnico**
- ☐ **Responsabile P.O. Tecnico**

- ☐ **Dipendente Tecnico**

- ☐ **Consigliere Comunale**



ENTE NR. 4

DENOMINAZIONE ENTE: _____

Funzioni Esercitate (selezionare):

- ☐ **Presidente**
- ☐ **Sindaco**

- ☐ **Membro del C.d.A.**
- ☐ **Assessore**

- ☐ **Vice Presidente**
- ☐ **Vice Sindaco**

- ☐ **Segretario**
- ☐ **Direttore Generale**
- ☐ **Capo di Gabinetto**

- ☐ **Dirigente**
- ☐ **Responsabile legale**
- ☐ **Responsabile P.O.**
- ☐ **Responsabile Polizia Municipale**
- ☐ **Agente Contabile**
- ☐ **Membro del Collegio dei Revisori**

- ☐ **Dipendente amministrativo**

- ☐ **Dirigente Tecnico**
- ☐ **Responsabile P.O. Tecnico**

- ☐ **Dipendente Tecnico**

- ☐ **Consigliere Comunale**