

Proposta di Assicurazione per Enti Pubblici

AVVISO IMPORTANTE

- (1) La presente proposta deve essere compilata a penna da un Membro della Giunta delegato dagli altri. 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.**
- (2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
- (3) **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:
 - i reclami avanzati per la prima volta nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.
 - 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, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

P.IVA / Cod. Fiscale _____

N. Abitanti: _____ (**solo se Comune o Provincia**)

Retribuzioni: _____ (in milioni) Esercizio: _____

Fatturato: _____ (in milioni) Esercizio: _____ (**solo se Aziende o Consorzi**)

- 1) Massimale richiesto per sinistro Euro
- 2) Massimale richiesto in aggregato annuo Euro
- 3) Retroattività _____ Postuma _____
- 4) Dati

PEC (Posta elettronica certificata):	
CIG (Cod. Identificativo Gara)	
FAX	/.....

5) Funzioni ricoperte:

Funzione ricoperta	Indicare la funzione che si intende assicurare		N. funzioni Assicurate
Presidente – Sindaco	Si ☐	No ☐	
Vice Presidente – Vice Sindaco	Si ☐	No ☐	
Commissario straordinario	Si ☐	No ☐	
Funzionario	Si ☐	No ☐	
Assessori	Si ☐	No ☐	
Consiglieri	Si ☐	No ☐	
Direttore Generale/ Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo	Si ☐	No ☐	
Segretario	Si ☐	No ☐	
Dirigenti / Resp. P.O. amm.vi	Si ☐	No ☐	
Dirigenti / / Resp. P.O. tecnici	Si ☐	No ☐	
Agenti contabili	Si ☐	No ☐	
Revisori (solo interni)	Si ☐	No ☐	
Ufficiale Rogante	Si ☐	No ☐	
Tecnici/Progettisti	Si ☐	No ☐	
Responsabile Unico del Procedimento RUP di area Tecnica	Si ☐	No ☐	
Responsabile Unico del Procedimento RUP di area Amministrativa	Si ☐	No ☐	
Responsabile della Polizia Municipale	Si ☐	No ☐	
Chimico	Si ☐	No ☐	
Geologo	Si ☐	No ☐	
Preside	Si ☐	No ☐	
Dipendente Legale	Si ☐	No ☐	

6) Il Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo? Si ☐ No ☐

Se sì, specificare:

Con quale Compagnia? _____

Per quale massimale _____

Con quale scadenza _____

7) Sono mai state rifiutate alla Proponente o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?

Si ☐ No ☐

Se sì, specificare:

8) Il Proponente, con riferimento agli ultimi 5 anni, è a conoscenza di fatti e circostanze o sinistri riguardanti i singoli Amministratori e Dipendenti che possano far presupporre, per rischi coperti dall'emittenda polizza, l'insorgere di una richiesta di risarcimento? Si ☐ No ☐

Se sì compilare scheda sinistro allegata

Blue Underwriting Agency S.p.A. - Via San Vittore, 40 - 20123 Milano

Telefono 02 43995054 Fax 02 43998464 - info@blueunderwriting.com - www.blueunderwriting.com

Capitale Sociale Euro 100.000,00 i.v. – Registro Imprese/C.F./P.I. 07927930961 – REA Milano n. 1991628 - RUI A000431257

- 9) L'Ente ha in essere contratti relativi a derivati finanziari? In caso di risposta affermativa, si alleggi al presente questionario la nota, resa obbligatoria dalla Finanziaria 2008, in cui vanno indicati gli oneri e gli impegni relativi ai contratti sui derivati

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di Membro e/o Consigliere di cui al punto 1 (a) della presente Proposta dichiara quanto segue:

1. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 1 della presente proposta
2. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
3. di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta
4. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la 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.
5. che, in ogni caso, se tra la data della 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.

Firma _____

Qualifica _____

Data _____

E' importante che il Proponente ed il Membro della Giunta e/o del Consiglio autorizzato a sottoscrivere per conto la Dichiarazione sopra indicata siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande

SCHEMA SINISTRO

1	Data del sinistro ?
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato?
3	Descrizione dettagliata del sinistro?
4	Se gli Assicurandi sono coinvolti specificare il nominativo e l'attività svolta?
5	Ammontare del danno richiesto? Euro
6	Conclusione del sinistro o stato attuale?
7	Firmato in nome del Proponente Name Carica Date

Data

Firma dell'Assicurando