

**PROPOSTA/QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA**

## **Responsabilità Civile Patrimoniale**

**per Amministratori e Dipendenti di  
Enti/Aziende Pubbliche**



## **Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Patrimoniale Amministratori e Dipendenti di Enti/Aziende Pubbliche**

### **AVVISO IMPORTANTE**

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA "CLAIMS MADE" IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA' ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN ASSICURATO SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA O SUCCESSIVAMENTE SE PREVISTO IL MAGGIOR TERMINE, NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA MEDESIMA.

LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività. Si prega pertanto di indicare qualsiasi 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 relative a Circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

[E' IMPORTANTE CHE L'ASSICURATO SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.](#)

72100 Brindisi

Via Dalmazia, 43

Tel. (+39) 0831 588440

Fax (+39) 0831 584022

[info@galassoinsurancebroker.it](mailto:info@galassoinsurancebroker.it)

[www.galassoinsurancebroker.it](http://www.galassoinsurancebroker.it)

### PROCEDURA PER ATTIVARE LA COPERTURA

- a) Compilare la proposta in ogni punto, inserire la data, apporre la propria firma ed eventuale timbro
- b) Inviare la proposta così compilata al broker a mezzo fax o con e-mail
- c) Attendere dal broker la conferma del premio da pagare e l'indicazione delle coordinate bancarie
- d) Effettuare il bonifico con la causale "Copertura.....(completando con il nome e cognome)"
- e) Trasmettere copia della ricevuta a mezzo fax o con e-mail al broker

**LA COPERTURA E' ATTIVA DALLE ORE 24,00 DEL GIORNO SUCCESSIVO**

- f) Il broker invierà il documento di copertura via e-mail ed entro i successivi 30 giorni in formato cartaceo.

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA  
RESPONSABILITA` CIVILE PATRIMONIALE PER COLPA GRAVE,  
RESPONSABILITA` AMMINISTRATIVA, RESPONSABILITA` AMMINISTRATIVA-CONTABILE,  
DANNO ERARIALE DI AMMINISTRATORI, DIRIGENTI E  
DIPENDENTI DI ENTI PUBBLICI E AZIENDE, CONSORZI, ETC A CAPITALE PUBBLICO  
CON PREMIO A CARICO DI OGNI PERSONA ASSICURATA**

**AVVISO IMPORTANTE**

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA "CLAIMS MADE" IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA' ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN ASSICURATO SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA O SUCCESSIVAMENTE SE PREVISTO IL MAGGIOR TERMINE, NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA MEDESIMA.

LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circo stanza 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 relative a Circo stanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

**E' IMPORTANTE CHE L'ASSICURATO SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE A TUTTE LE DOMANDE.**

**1. INFORMAZIONI GENERALI**

Cognome e Nome del Proponente: \_\_\_\_\_

Indirizzo del Proponente: Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

**2. ATTIVITA`**

**2.1** Denominazione dell' Ente o Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_

Se si tratta di Comune indicare in quale fascia di residenti rientra?

sino a 40.000

da 40.000 sino a 100.000

Oltre 100.000

**2.2** Struttura in cui il Proponente esercita l'attività di Dirigente o Dipendente o Amministratore:

Ufficio di: \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**2.3** Carica ricoperta/Funzioni e livello: \_\_\_\_\_

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sindaco                                  | <input type="checkbox"/> Vice Sindaco                    | <input type="checkbox"/> Assessore                    | <input type="checkbox"/> Presidente  |
| <input type="checkbox"/> Consigliere                              | <input type="checkbox"/> Direttore Generale              | <input type="checkbox"/> Commissario<br>Straordinario | <input type="checkbox"/> Segretario / Vice<br>Segretario                       |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico                        | <input type="checkbox"/> Resp.Tecnico /<br>P. O. Tecnica | <input type="checkbox"/> Dipendente<br>Tecnico        | <input type="checkbox"/> Dirigente<br>Amministrativo                           |
| <input type="checkbox"/> Resp. Amm.vo /<br>P. O. Amm.va           | <input type="checkbox"/> Dipendente<br>Amm.vo            | <input type="checkbox"/> Preside                      | <input type="checkbox"/> Solo attività di<br>Resp. Un. del<br>Procedimento RUP |
| <input type="checkbox"/> Responsabile della<br>Polizia Municipale | <input type="checkbox"/> Rettore<br>Universitario        | <input type="checkbox"/> Dipendente Legale            | <input type="checkbox"/> Revisore Contabile                                    |

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**3. INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA`**

**3.1** Il Proponente ha, negli ultimi 3 anni, stipulato una polizza simile a quella richiesta con la presente proposta?

Sì  No

Se "Sì", indicare:

Compagnia		Retroattività	
Massimali		Scoperti e/franchigie	
Data di scadenza		Premio Lordo Annuo	
Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni			

**3.2** Sono mai state rifiutate al Proponente o annullate dagli Assicuratori coperture Assicurative per questi rischi?

Sì  No

Se "Sì", fornire dettagli: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.3** Sono mai stati avanzati reclami relativi ai rischi coperti dalla stipulanda polizza nei confronti del Proponente relativamente agli ultimi 5 anni ?

Sì  No

Se "Sì", fornire tutti i dettagli possibili riguardo all'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.4** Il Proponente è a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento relative ai rischi coperti dalla stipulanda polizza relativamente agli ultimi 5 anni?

Sì  No

Se "Sì", fornire dettagli: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firmato in nome dell'Assicurato \_\_\_\_\_

**4. GARANZIE RICHIESTE**

**4.1** Massimale richiesto per sinistro e per anno assicurativo:

<input type="checkbox"/> € 250.000,00	<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	<input type="checkbox"/> Altro _____
---------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--------------------------------------

**4.2** Retroattività:

<input type="checkbox"/> Dalla data di effetto	<input type="checkbox"/> 1 anno	<input type="checkbox"/> 2 anni	<input type="checkbox"/> 3 anni	<input type="checkbox"/> 4 anni	<input type="checkbox"/> 5 anni	<input type="checkbox"/> Illimitata
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

**4.3** Postuma:

<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> 2 anni	<input type="checkbox"/> 5 anni
----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

**4.4** Estensioni di garanzia facoltative

<input type="checkbox"/> Art. 30) Attività di cui al D. Lgs. Nr. 81/2008
<input type="checkbox"/> Art. 31) Termine della garanzia – Postuma Estesa
<input type="checkbox"/> Art. 32) Attività / Funzioni svolte precedentemente
- Ente di Appartenenza : _____
- Carica / Funzione: _____
- Periodo : _____
- Ente di Appartenenza : _____
- Carica / Funzione: _____
- Periodo : _____

**5. INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE**

Nel caso in cui gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo spazio.

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

Firmato in nome dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il **sottoscritto**, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. 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/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997.

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

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

In ottemperanza **all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006**, dichiara di aver ricevuto gli allegati **7A e 7B** e di aver preso visione dei contenuti.

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

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

"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 "titolare" del "trattamento" è Galasso Cosimo 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.

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

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti o Wholesale-Broker, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. eventuali competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo che andrete a comunicarmi e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

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

Firma del Proponente \_\_\_\_\_

**La firma della presente Proposta/Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto.**

# Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente.

Gentile Contraente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di **Responsabilità Civile Professionale**, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente: \_\_\_\_\_

b) Data di compilazione e firma del questionario: \_\_\_\_\_

c) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

d) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

Sì  No

e) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

Sì  No

f) Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

Sì  No

g) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?

Sì  No

## DICHIARAZIONI RELATIVE AL QUESTIONARIO DELL'ADEGUATEZZA

# FIRMARE SOLO IL CASO RITENUTO VALIDO

### CASO 1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal Contraente e raccolte dall'intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto, con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Contraente

### CASO 2. DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principali motivo/i dell'eventuale inadeguatezza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
L'intermediario

\_\_\_\_\_  
Il Contraente

### CASO 3. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il Contraente