

Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Patrimoniale Enti Pubblici Personale Tecnico

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, NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA MEDESIMA.

VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE UN FOGLIO SEPARATO).

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 fatto o 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, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA, SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.

1. Informazioni generali

Denominazione contraente:

Denominazione ente se diverso dal contraente:

Indirizzo:

Codice fiscale: Partita IVA:

2. Fasce di abitanti in caso di Comune

Abitanti fino a n. 5.000 Abitanti da n. 5.001 a n. 60.000 Abitanti oltre n. 60.000

3. Informazioni riguardanti il contraente

3.1 Si sono verificate negli ultimi 5 anni fusioni e/o incorporazioni con altri enti ?

Si No

Se sì, fornire dettagli

.....
.....
.....
.....

3.2 Sono in programma fusioni e/o incorporazioni con altri enti pubblici e/o privati ?

Si No

Se sì, fornire dettagli

.....
.....
.....
.....

3.3 Aggregato annuo:

€ 3.000.000,00 € 5.000.000,00 € 7.700.000,00

3.4 Il contraente ha già altre polizze per R.C. Patrimoniale ?

Si No

Se sì, indicare il nome della società assicuratrice, il massimale in aggregato annuo, il massimale per ciascun assicurato, la data di decorrenza, la data di scadenza e il premio annuo netto

.....
.....
.....

3.5 Sono mai state rifiutate al proponente, o annullate dagli assicuratori, coperture assicurative per questo rischio ?

Si No

Se sì, fornire dettagli

.....
.....
.....

3.6 Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento nei confronti delle persone assicurate negli ultimi 5 anni ?

Si No

Se sì, fornire dettagli

.....
.....
.....

3.7 Il proponente è a conoscenza di qualsiasi fatto/circostanza che possa dare luogo a richieste di risarcimento nei confronti delle persone assicurate ?

Si No

Se sì, fornire dettagli

.....
.....
.....

3.8 Si richiede la possibilità di estendere il "Maggior termine per la notifica delle richieste di risarcimento" fino a cinque anni?

Si No

3.9 Si richiede un Periodo di Retroattività di durata illimitata?

Si No

3.10 Si richiede la possibilità di inserire lo scoperto di polizza?

Si No

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.

Firmato in nome dell'Assicurato 

Nome Posizione

Data/...../.....

"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 alla Legge 792/84. 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 Dual Italia S.p.a. 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.

Firmato in nome dell'Assicurato 

ESTENSIONE LEGGE MERLONI (1/2)

Descrizione delle opere (con indicazione del Luogo di Esecuzione):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Valore delle opere IN EURO	Data prevista inizio lavori (gg/mm/aa)	Data prevista fine lavori (gg/mm/aa)

1. ESTENSIONE LEGGE MERLONI (2/2) - Informazioni generali

Contraente/Assicurato (Progettista/i dipendente/i pubblico/i):

.....

Codice Fiscale / Partita Iva:

Sede:

Via / Piazza n. civico:Cap.....Prov.....

Stazione Appaltante.....Sede.....

Data/...../.....

Firmato in nome dell'Assicurato



.....
