

Polizza di Assicurazione RC Patrimoniale colpa grave per

# DIPENDENTE PUBBLICO

ESCLUSA ATTIVITÀ SANITARIA

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Data di nascita	Luogo di nascita Prov.
Iscritto all'Ordine di	Iscrizione Nr.
Attività Svolta:	
<input type="checkbox"/> Componenti di Altri Organi Collegiali e Altre Specifiche Professionalità	
<input type="checkbox"/> Posizioni Organizzative ed Altri Dipendenti Amministrativi	
<input type="checkbox"/> Altri Amministratori / Assessori	
<input type="checkbox"/> Dirigenti Amministrativi / Attività Specifiche / Collegio dei Revisori / Collegio Sindacale	
<input type="checkbox"/> Altri Organi (Vice Sindaco / Segretario)	
<input type="checkbox"/> Posizioni Organizzative Tecniche / Responsabile Tecnico / Dipendenti e Collaboratori Tecnici	
<input type="checkbox"/> Organo di Vertice / Commissario Straordinario / Amministratore Unico	
<input type="checkbox"/> Dirigenti Tecnici / RUP / Ruolo professionale legale / Alte Professionalità	
Retroattività:	
<input type="checkbox"/> 5 Anni <input type="checkbox"/> 10 Anni (+10%) <input type="checkbox"/> Illimitata (+15%)	
Garanzie attivabili:	
<input type="checkbox"/> Estensione copertura Resp. Amministrativa e contabile a seguito di calunnia, ingiuria e diffamazione: +25%	
<input type="checkbox"/> Responsabilità Amministrativa e contabile per danni materiali verso terzi: +25%	
<input type="checkbox"/> Attività di Resp. per la prevenzione della corruzione e pubblicità e trasparenza: +20%	
Effetto	Scadenza           Prima Rata

**MASSIMALE Per anno e per sinistro €**

**IMPORTO TOTALE €**

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.**

**Bonifico bancario:** Banco PPM - C/C intestato **ASSIMEDICI srl**

IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**                       VISA                       MASTERCARD

NR. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Scad. |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| CVV\* |\_\_|\_\_|\_\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**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, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. 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. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
Il Proponente

# PROPOSTA DI CONTRATTO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE

## AVVISO IMPORTANTE

- (1) LA PRESENTE PROPOSTA DEVE ESSERE COMPILATA DAL PROPONENTE STESSO. È 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) ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 1892 E 1893 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.
- (3) 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 E GLI EVENTI DEI QUALI L'ASSICURATO VENGA 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.
- (4) IL PROPONENTE PRENDE ATTO CHE NEL CASO DI CORRESPONSABILITÀ DI PIÙ ASSICURATI DEGLI STESSI ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NELLA DETERMINAZIONE DI UN MEDESIMO SINISTRO, GLI ASSICURATORI PER TALE SINISTRO SONO OBBLIGATI FINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE PARI A EURO 15.000.000,00 COMPLESSIVAMENTE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO. NELL'EVENTUALITÀ CHE IL RISARCIMENTO COMPLESSIVAMENTE INDENNIZZABILE DAGLI ASSICURATORI AI TERMINI DEL CERTIFICATO ECCEDA L'IMPORTO INDICATO SOPRA, LE INDENNITÀ SPETTANTI A CIASCUNO DEGLI ASSICURATI SI INTENDERANNO PROPORZIONALMENTE RIDOTTE IN MISURA UGUALE FRA TUTTI GLI ASSICURATI COINVOLTI NELLO STESSO SINISTRO.
- (5) LA VALIDITÀ TEMPORALE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON POTRÀ ESSERE SUPERIORE A 30 GIORNI DALLA DATA DI COMPILAZIONE E FIRMA DELLO STESSO.
- (6) IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE.  
GLI UNICI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO AGLI ASSICURATORI SONO I SEGUENTI: BONIFICI BANCARI/ASSEGNI CIRCOLARI E CONTANTI FINO AD UN MASSIMO DI EURO 750,00 (SETTECENTOCINQUANTA EURO) A FAVORE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI AUTORIZZATI ESPRESSAMENTE IN TALE QUALITÀ.

## AVVERTENZA!

NON È PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI SCONTI DI PREMIO DA PARTE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI EVENTUALMENTE INCARICATI.

PER GLI ASPETTI DI DETTAGLIO SI RINVIA ALLA SCHEDA DI COPERTURA, ALLA DEFINIZIONE DI "PREMIO", ALL'ART. 2 ("PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO") DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, NONCHÉ ALLE SEGUENTI CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE (SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA):

- RESPONSABILITÀ CIVILE PER DANNI MATERIALI E CORPORALI VERSO TERZI
- RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE A SEGUITO DI CALUNNIA, INGIURIA, DIFFAMAZIONE VERSO TERZI.

Il proponente dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'Avviso Importante 

DATI DEL PROPONENTE			
Nome		Cognome	
Codice Fiscale			
Residenza		Città	
CAP		Provincia	
Data di effetto		Durata 12 mesi	

MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO E PERIODO (il massimale per Corresponsabilità è pari a Euro 15.000.000,00)	
Euro 500.000,00	
Euro 1.000.000,00	
Euro 1.500.000,00	
Euro 2.500.000,00	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) ATTIVA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Terza Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

DETTAGLI CARICA(E) RICOPERTA(E) CESSATA(E)		
Prima Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	
Altre cariche presso lo stesso ente o Società di appartenenza SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>		
Seconda Carica	Carica Ricoperta	
	Ente o Società di Appartenenza	
	Provincia dell'Ente o Società	

INFORMAZIONI GENERALI	
Estensione di Copertura alla Responsabilità Civile Professionale del Personale Tecnico	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Attività di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione L. 190/2012 e Pubblicità e Trasparenza D.lgs. 33/2013	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Responsabilità amministrativa e contabile per danni materiali verso terzi	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Responsabilità Amministrativa e Contabile a seguito di calunnia, ingiuria, diffamazione verso Terzi	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
PERIODO DI RETROATTIVITÀ	
5 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
10 anni dalla data di effetto	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>
Illimitato	SI <input type="checkbox"/> – NO <input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI		
Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altri Contratti di Assicurazione di questo tipo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta affermativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta affermativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il proponente dichiara di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Circostanze come definite nel Certificato alla data di firma della presente Proposta di Contratto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		
Il proponente dichiara di non essere a conoscenza di eventi dannosi che abbiano portato o potrebbero portare a Richiesta di Risarcimento alla data di firma della presente Proposta di Contratto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>In caso di <u>risposta negativa</u> si prega di fornire dettagli</i>		

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., l'**Assicurato** dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 1 Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio
- Art. 2 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
- Art. 4 Tacito rinnovo - Recesso per Sinistro
- Art. 5 Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio
- Art. 8 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri
- Art. 9 Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali
- Art. 12 Territorialità e giurisdizione
- Art. 16 Esclusione della Responsabilità solidale
- Art. 20 Periodo di efficacia retroattiva ed ultrattiva della Assicurazione (Claims Made)
- Art. 21 Esclusioni

Eventuali Estensioni di **Assicurazione** e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella **Scheda di Copertura**.

📅 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

👤 Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

📄 Firma: \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciata, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta di Contratto ed ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale Contratto di Assicurazione.

La firma della presente Proposta di Contratto non impegna l'Assicurato alla stipulazione del Contratto di Assicurazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente: 1 Nota informativa, comprensiva di Glossario; 2 Condizioni di Assicurazione; 3 Proposta di Contratto.

📅 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

👤 Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

📄 Firma: \_\_\_\_\_

**Conferma ricezione di:**

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
  - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
  - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
  - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....  
luogo e data

**Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni**

**Cognome e Nome**

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

**Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 40**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **dichiarazione di coerenza del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)**

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
**il contraente/assicurato**