

# Responsabilità civile Dipendenti pubblici

## Modulo di proposta - Copertura Individuale

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

### AVVISO IMPORTANTE

**"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma 1 Codice Civile)**

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

(3) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

### 01. Dati generali riguardanti il proponente:

a) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

b) Indirizzo \_\_\_\_\_

c) CAP, Città e Provincia \_\_\_\_\_

d) CF \_\_\_\_\_

e) Inquadramento \_\_\_\_\_

f) **N. Iscrizione I.L.A anno 2019 (socio ordinario)** \_\_\_\_\_

g) E-mail \_\_\_\_\_

**02. Precedenti assicurativi:** indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? \_\_\_\_\_

In caso affermativo, precisare::

(a) Impresa assicuratrice: \_\_\_\_\_

(b) Periodo di polizza: \_\_\_\_\_

(c) Massimale di polizza: \_\_\_\_\_

(d) Retroattività di polizza: \_\_\_\_\_

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si  No  \_\_\_\_\_

### 03. Indicare le funzioni che si intendono assicurare

Funzione Ricoperta	Ente di appartenenza	Retroattività	Postuma (cessato incarico)
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro Capo Area - Capo linea - Capo S.I.L.		5 anni	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro ordinario che può svolgere anche funzioni tecniche		5 anni	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro con inquadramento tecnico		5 anni	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro che svolge saltuariamente anche attività giuridica		5 anni	5 anni

### 04. Massimale richiesto:

EUR 2, 500,000

(Nessuna Franchigia)

## 05. Sinistrosita' pregressa:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilita' civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

Si

No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilita' civile, penale o deontologica del proponente?

Si

No

IN CASO AFFERMATIVO AD ALCUNA DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilita' accertati, presunti o presumibili;

## 06. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara:

- che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione
- che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa
- che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Data

Firma

Qualifica

Nome Leggibile

### 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: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano 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.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver preso atto che il contratto di assicurazione proposto è nella forma «*claims made*» così' come sopra specificato;
- di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Firma

Data :

**Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.**

Firma:

Data:

**ALLEGATO 2**

**SCHEDA SINISTRO**

	Data del sinistro? _____
	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato?
	Descrizione dettagliata del sinistro?
	Attività svolta dal Proponente/Assicurato? _____
	Ammontare del danno richiesto? _____ Ammontare dell'eventuale riserva? _____
	Conclusione del sinistro o stato attuale? _____
	Timbro e Firma del Proponente  Nome _____ Carica _____  Data _____

## **PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il pagamento del premio convenuto dovrà avvenire mediante:

bonifico bancario intestato ad Alliance Broker Insurance Group S.p.A. –

**IBAN: IT 38 M 03111 03206 0000 0000 2031**

**(c/o UBI BANCA - UNIONE DI BANCHE ITALIANE S.P.A.)**

<b>Inquadramento professionale</b> (segnare con una crocetta la mansione svolta)		<b>PREMI</b>
<input type="checkbox"/>	<b>A</b> - ISPETTORE DEL LAVORO CAPO AREA – CAPO LINEA – CAPO S.I.L.	<b>€ 170,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>B</b> - ISPETTORE DEL LAVORO ORDINARIO CHE PUO' SVOLGERE ANCHE FUNZIONI TECNICHE	<b>€ 140,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>C</b> - ISPETTORE DEL LAVORO CON INQUADRAMENTO DI TECNICO	<b>€ 150,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>D</b> - ISPETTORE DEL LAVORO CHE SVOLGE ANCHE SALTUARIAMENTE ATTIVITA' GIURIDICA	<b>€ 135,00</b>

Data, .....

Firma

.....