



**MANDATO**

L'Aderente/Assicurato nomina Alliance Broker Insurance Group S.p.A. suo broker esclusivo per il Ramo:

- RC Professionale       Servizi       Tutela Legale       Tutela Persona – Vita/Infortuni

Con l'incarico di rappresentarci ed assisterci nella gestione delle polizze assicurative in essere, per i sinistri in corso e per quelli che eventualmente sorgeranno con le Compagnie di Assicurazioni. Siete pertanto autorizzati a trattare per nostro conto con le Compagnie di Assicurazioni in ordine alle necessità assicurative che Vi rappresenteremo, per le quali, in seguito al nostro assenso, ci assisterete nella progettazione, stesura e stipula dei relativi contratti ed accordi. Resta inteso che per i suddetti adempimenti Vi sarà corrisposto un compenso preventivamente comunicato alla scrivente ed, esclusivamente dopo ns. accettazione, erogato alla vostra Società. Il presente mandato potrà essere eseguito tramite società del gruppo o collegate ad Alliance Broker Insurance Group S.p.A., ha durata annuale e si rinnova tacitamente, salvo eventuale disdetta con lettera raccomandata inviata al destinatario con almeno 90 (novanta) giorni di preavviso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Dichiara di aver ricevuto l'informativa precontrattuale (All. 3-4) ai sensi dell'art. 56 Reg. IVASS n. 40/2018.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy redatta da A.B.I.G. S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione ed al trattamento dei dati personali) e della quale confermo ricezione

\_\_\_\_\_ acconsento (\*\*) al trattamento dei dati personali per finalità strettamente connesse all'esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto, derivanti da obblighi di leggi, regolamenti o normative vigenti. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale;

\_\_\_\_\_ acconsento (\*\*) al trattamento dei dati personali per la valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguate;

\_\_\_\_\_ acconsento (\*\*) al trattamento dei dati personali e, in particolare, dei miei recapiti (email, numero cellulare, numero telefono fisso, pec) per finalità di promozione commerciale dettagliate nell'informativa privacy a cui si rimanda;

\_\_\_\_\_ acconsento (\*\*) al trattamento dei dati personali per finalità di indagini sul gradimento circa la qualità di prodotti e servizi già acquistati e di ricerche di mercato;

\_\_\_\_\_ acconsento (\*\*) al trattamento dei dati personali per finalità di comunicazioni commerciali e/o promozionali di società del Gruppo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Tutte le autorizzazioni su rilasciate potranno essere revocate in ogni momento a mezzo lettera raccomandata A.R. scrivendo all'indirizzo: ALLIANCE BROKER INSURANCE GROUP S.P.A., Via M. Bufalini, 8, 00161 Roma (RM), ovvero a mezzo pec a: alliancebrokergroup@pec.it La revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento. L' informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito: [www.alliancegroup.eu](http://www.alliancegroup.eu)

(\*\*) scrivere la parola NON qualora l'interessato non acconsenta.

**PAGAMENTO PREMIO**

Il totale costo assicurativo annuo convenuto di € \_\_\_\_\_ dovrà avvenire mediante:

Bonifico bancario intestato ad Alliance Broker Insurance Group S.p.A. – **IBAN IT38M031110320600000002031**

Assegno C/B non trasferibile, intestato ad Alliance Broker Insurance Group S.p.A.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ACCETTAZIONE**

DATA DI ADESIONE \_\_\_\_\_

TOTALE COSTO ASSICURATIVO DA VERSARE \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo di adesione non sostituisce le Condizioni Generali di Assicurazione, fornite all'assicurato che dovrà leggerle con attenzione prima della sottoscrizione dei relativi contratti assicurativi.



# Responsabilità civile Dipendenti pubblici

## Modulo di proposta - Copertura Individuale

La quotazione è 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 I 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 2020 (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 è 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.		ILLIMITATA	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro ordinario che può svolgere anche funzioni tecniche		ILLIMITATA	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro con inquadramento tecnico		ILLIMITATA	5 anni
<input type="checkbox"/> Ispettore del lavoro che svolge saltuariamente anche attività giuridica		ILLIMITATA	5 anni

04. **Massimale richiesto:**  EUR 1, 500,000  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 né gli Assicuratori né 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 _____