

## DUAL Enti Pubblici

### PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione della responsabilità civile verso terzi e della responsabilità amministrativa/contabile dei dirigenti e dei dipendenti degli enti pubblici.

La seguente proposta di assicurazione è relativa ad una Polizza “claims made”. Essa concerne esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti di un Assicurato e da questi comunicate agli Assicuratori nel periodo di Polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte ivi allegate.

La Polizza non opera in relazione a Richieste di Risarcimento che traggano origine da fatti o Circostanze esistenti e note all’Assicurato prima della data di decorrenza della Polizza

Le risposte relative alle dichiarazioni contenute nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. Per tale ragione, a tali domande 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 in merito al rischio oggetto di assicurazione, possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’Indennizzo.

## INFORMAZIONI GENERALI

**Il Proponente:**

**Codice Fiscale:**

**Indirizzo:**

**CAP:**

**CITTA':**

**Paese di residenza:**

**Indirizzo di posta elettronica**

**Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):**

	Ente/i di appartenenza	Funzione/Carica (*)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

(\*)Massimo 5 Funzioni/Cariche

Limite di Indennizzo richiesto prescelto (in migliaia di Euro)

500

1.000

1.500

2.500

## INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

**ATTENZIONE: nel caso di risposta - Non Confermo anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono la presente proposta si intenderà revocata ad ogni effetto.**

**In tal caso, se richiesto, DUAL Italia S.p.A. si riserva di valutare l'assumibilità del rischio, previa ricezione del questionario "tailor made" debitamente compilato dal Contraente/Assicurato**

1. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti del Proponente  Confermo  Non Confermo
2. Confermo che **NON** sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti del Proponente:  Confermo  Non Confermo
3. Confermo che il Proponente **NON** è un Direttore/Dirigente/Dipendente ASL/USL o di Strutture Sanitarie in genere  Confermo  Non Confermo
4. Confermo che il Proponente **NON** è un Direttore/Dirigente Scolastico  Confermo  Non Confermo
5. Confermo che il Proponente **NON** svolge la propria attività presso Consorzi Smaltimento Rifiuti/Discariche  Confermo  Non Confermo
6. Confermo che il Proponente **NON** è un Dipendente/Dirigente/Amministratore di Società a Partecipazione Pubblica (independentemente dal fatto che tale partecipazione sia totale o parziale)  Confermo  Non Confermo
7. Confermo che il Proponente **NON** svolge più di cinque cariche e/o funzioni presso altri Enti o presso lo stesso Ente  Confermo  Non Confermo

### ESTENSIONI RICHIESTE:

8. Si svolgono due cariche e/o funzioni presso Enti diversi da quello di appartenenza?  SI  NO
9. Si svolgono tre o più cariche e/o funzioni (fino ad un massimo di 5) presso l'Ente di appartenenza e/o altri Enti?  SI  NO
10. Si richiede l'estensione per l'attività tecnica?  SI  NO

## ULTERIORI DICHIARAZIONI E PRIVACY

**Il sottoscritto dichiara che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta Proposta, e delle altre informazioni fornite, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della Polizza.**

**Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta per conto della Associazione Professionale o della Società e che gli Assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.**

## AVVERTENZE

### Effetti delle dichiarazioni inesatte e reticenti

**Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'Indennizzo. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente polizza**

### Periodicità e mezzi di pagamento di pagamento del Premio

**Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione. Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL Italia S.P.A. (come definita dal Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.**

### Dichiarazione di avvenuta ricezione del fascicolo informativo

**Il Proponente dichiara che ha ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, Proposta.**

Data: ...../...../..... Firma del Proponente: .....

Firma dell'Intermediario: .....

Firma del Proponente: ..... Data: ...../...../.....

Il presente documento è aggiornato al mese di Ottobre 2016