

# Responsabilità civile Dipendenti pubblici

## FORZE ARMATE

Modulo di proposta - Copertura Individuale

Proposal form - Individual Cover

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. **The quote is subject to a proposal form complete, dated and signed by an authorized person, and any other document or information the Underwriters deem necessary for a proper risk assessment.**

### AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT

**"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".

"The misreporting and the reluctance of the proposer, relating to such circumstances that the insurer would not give his consent, or he would not have given the same conditions if it had known the true state of affairs, are due to cancellation of the contract when the policyholder acted with intent or with gross negligence" (Article 1892 Civil Code paragraph 1)

(1) This proposal must be completed in ink by the proposer. E' need to answer all the questions to get a quote. It requires you to respond fully and frankly. The form must be signed and dated.

(2) All material facts must be declared and the non-fulfillment of this obligation will make avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in case of accident.

(3) This proposal relates to a liability policy in the form "claims made"

### 01. Dati generali riguardanti il proponente:

#### General information

- a) Nome e Cognome \_\_\_\_\_
- b) Indirizzo \_\_\_\_\_
- c) CAP, Città e Provincia \_\_\_\_\_
- d) CF \_\_\_\_\_

### 02. Precedenti assicurativi

#### Information about previous cover:

indicare se - negli ultimi 5 anni - il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?  
has the proposer subscribed in the last 5 years any insurance cover for this type of risk

\_\_\_\_\_

In caso affermativo, precisare::if yes give the details

- (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 / Functions

Funzione Ricoperta Role	Ente di appartenenza Entity	Retroattività Retroactivity	Estensione danni materiali Exclusion material damages
<b>CATEGORIA A</b>			
<input type="checkbox"/> Dirigente / Direttore Tecnico Ufficiali superiori - Colonnelli - Generali		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Dirigente / Direttore Legale Ufficiali superiori - Colonnelli - Generali		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA B</b>			
<input type="checkbox"/> Dirigente Generale. Superiore, Primo Dirigente (Polizia)		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Questore / Vice Questore / Commissario / Prefetto		<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/>	Dirigenti (Colonnelli/Generali)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA C</b>			
<input type="checkbox"/>	Funzionari / Quadri / Altri Dipendenti Tecnici (esclusi Dirigenti)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	S. Tenente/Tenente/Capitano/Maggiore/Tenente Colonnello	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA D</b>			
<input type="checkbox"/>	Sottufficiali	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Vice Commissario / Vice Prefetto	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA E</b>			
<input type="checkbox"/>	Ispettore Superiore / Isp. Capo / Ispettore / Vice Ispettore / Sovrintendente Capo (Polizia)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Dirigente / Direttore (Escluso Dir. Tecnico o Legale)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA F</b>			
<input type="checkbox"/>	Sovrintendente / Vice Sovrintendente / Assistente Capo (Polizia)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA G</b>			
<input type="checkbox"/>	Dirigente della Squadra Volante	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Posizione Organizzativa Amministrativa / Dipendente Amministrativo (Truppa)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Assistente / Agente scelto / Agente (Polizia)	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Ufficiale Polizia Municipale / Locale	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CATEGORIA H</b>			
<input type="checkbox"/>	Dirigente Medico / Dirigente Sanitario	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Personale Medico di Reparto	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Componente commissioni di concorso, selezioni, gare	<input type="checkbox"/> 5 aa - <input type="checkbox"/> illimitata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**03. Massimale richiesto:  
Limit of indemnity**

- EUR 500,000     
 EUR 1,000,000     
 EUR 1,500,000  
 EUR 2,500,000     
 EUR 3,000,000     
 EUR 5,000,000

**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?**

There have been claims or actions have been promoted to ascertain responsibility civil, criminal or ethical towards the proponent for the past 5 years?

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?**

Indicate whether the proposer is aware of acts, omissions or facts that could result in claims or actions aimed at ascertaining responsibility civil, criminal or professional conduct of the proponent?

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:

If yes please give details:

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:

a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;

b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione

c. 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

d. 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

The proposer declares:

a. that all the answers are, after careful analysis, true and correct to the best of their knowledge and belief;

b. take note that this proposal is not binding on it 'the Insurers' or the Proponent to the signing of the insurance contract

c. that, if the Parties subscribe to the insurance contract, you agree that this proposal is taken as the basis for the conclusion of the contract. In this case, this form will be attached to the bill becoming an integral part of it

d. that if between the date of proposal and the date of issuance of the bill occur alter the information provided on this form accepts the obligation to notify the same immediately to the Underwriters, who will have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover

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.

This proposal relates to a liability policy in the form "claims made". This means that the policy covers: Claims submitted for the first time to the Insured during the period of validity of the policy and events of which the Insured Persons become aware during the period of validity of the policy and that could give rise to a Claim future, provided that the Underwriters are informed, during the period of validity of the policy, the circumstances related to such events. After the expiry of the policy, any claims made in terms of the policy, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of validity of the policy.

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

1. di aver preso atto che il contratto di assicurazione proposto è nella forma «claims made» così come sopra specificato;
2. 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: