

Questionario Responsabilità Civile Patrimoniale – Degli Amministratori, Funzionari e Dipendenti Pubblici (Personale Amministrativo e Tecnico)

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome / Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Decorrenza dalle ore 24:00 del		
Attività Esercitata				
Indirizzo Email				
Numero di cellulare (obbligatorio per procedere con FEA – Firma Elettronica Avanzata, lì dove prevista)				

2. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

€ 500.000,00 € 1.000.000,0 € 1.500.000,00 € 2.500.000,00 € 3.000.000,00

Retroattività Richiesta:

5 Anni Illimitata

3. LISTA FUNZIONI

FUNZIONE RICOPERTA	ENTE DI APPARTENENZA
Dirigente Tecnico/Direttore Tecnico	
Dirigente/Direttore Legale	
Magistrato	
Sindaco (Ente Territoriale)	
Dirigente Generale, Superiore, Primo Dirigente (Polizia)	

Questore/Vice Questore aggiunto/Commissario Capo/ Commissario (Polizia)	
Istruttore Direttivo Tecnico	
Presidente/Amministratore unico	
Direttore Generale/Amm.vo/Sanitario (Enti Sanitari)	
Rettore/Pro Rettore	
Commissario straordinario/Prefetto	
Funzionari/Quadri/Altri Dipendenti Tecnici (esclusi Dirigenti)	
Vice Sindaco/Vice Segretario/Vice Presidente	
Vice Prefetto	
Vice Commissario/Ispettore Superiore/Sostituto Commissario (Polizia)	
Segretario Generale	
Direttore Generale (Enti Territoriali)	
Collegio di Direzione (Enti Sanitari)	
Membro del Comitato Etico	
Membro del Comitato Valutazione Sinistri (Enti Sanitari)	
Medico forense/Medico Legale	
Direttore Amministrativo/Dirigente Amministrativo	
Ispettore Capo/Ispettore/Vice Ispettore/Sovrintendente Capo (Polizia)	
Membro del Collegio Sindacale/Collegio dei Revisori/Membro del CDA	
Preside/Vice Preside/Direttore Didattico	
Ufficiali Giudiziari	
Presidente Distrettuale/Municipale	

Sovrintendente/Vice Sovrintendente/Assistente Capo (Polizia)	
Membro del Consiglio di Amministrazione Universitario/Scolastico	
Assessore	
Assistente/Agente Scelto/Agente (Polizia)	
Ufficiale di Polizia Municipale/Locale	
Dirigente di Area/Segretari Centrali Amministrativi/Vice Capo di Dipartimento/Capo Ufficio/Responsabili della Sicurezza (Enti Accademici)	
Dipendente Amministrativo/PO Amministrativa	
Dirigente Medico/ Dirigente Sanitario/Personale Medico di Reparto	
Consigliere Comunale/Provinciale/Regionale	
Consigliere di un Ordine	
Componente commissioni di concorso,selezioni, gare	
Insegnante	

4. INCARICHI PRECEDENTI TERMINATI

Funzione Ricoperta	Ente	Data Inizio	Data fine
1			
2			
3			
4			
5			

5. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Compagnia			
Massimale		Retroattività	
Franchigia			
Premio pagato		N. di anni di copertura precedente continua	
Data di inizio		Data di scadenza	
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.			
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

6. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. di aver compreso le caratteristiche della polizza *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;
- ii. 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 eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;

- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicati ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale s.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.