Arch Insurance (Europe)®

DUAL

DUAL *Enti Pubblici*

Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale degli Enti Pubblici

La seguente Proposta di assicurazione è in relazione ad un polizza "claims made". Essa copre esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato e notificate agli Assicuratori nel Periodo di Assicurazione, nei limiti e subordinatamente alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

Vi preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo esauriente (se lo spazio dovesse essere insufficiente, vogliate utilizzare l'apposito spazio a pagina 3 della Proposta).

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 relative a Circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.
E' importante che il Proponente, autorizzato a sottoscrivere la presente Proposta, sia pienamente consapevole della finalità della presente assicurazione, di modo che risponda correttamente alle domande.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP: **CITTA'**

Paese di residenza:

P. IVA:

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

INFORMAZIONI SULL'ENTE

1.1. Se l'Ente è un Comune barrare la classificazione per numero di abitanti

- ☐ fino a 5.000
- ☐ oltre 5.000 e fino a 60.000
- ☐ oltre 60.000

2. Fusioni e/o incorporazioni con altri Enti:

• si sono verificate negli ultimi 5 anni?	NO	SI
• sono in programma nel prossimo futuro	NO	SI

In caso affermativo fornire gli opportuni dettagli
……
……
……

3. Il Proponente ha mai stipulato altre polizze che coprono in tutto od in parte i rischi oggetto della presente polizza? NO | SI
In caso affermativo indicare i seguenti dati:

Assicuratore	Decorrenza	Scadenza	Limiti di Indennizzo	Premio lordo

4. Qualche Assicuratore ha mai annullato, rifiutato di concedereo rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la RC professionale del Proponente negli ultimi 5 anni? NO | SI
In caso affermativo fornire gli opportuni dettagli
……
……
……

5. Negli ultimi 5 anni, si sono mai verificate Perdite o sono mai state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti del Proponente e/o dei dipendenti indicati nell'allegato 1) alla presente proposta? NO | SI

In caso affermativo compilare la scheda *Perdite/Richieste di Risarcimento* pregressi allegata.

6. Il Proponente è a conoscenza di qualche fatto o circostanza che possa dare origine a una Perdita o a una Richiesta di Risarcimento nei confronti del Proponente e/o dei dipendenti indicati nell'allegato 1) alla presente proposta? NO | SI

In caso affermativo compilare la scheda *Circostanze* pregresse allegata.

LIMITI DI INDENNIZZO

7. Limite di Indennizzo richiesto (in migliaia di Euro)

☐ 250 ☐ 500 ☐ 1.000 ☐ 1.500 ☐ 2.000 ☐ 2.500 ☐ altro

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara: (i) di aver compreso le caratteristiche della polizza claims made; (ii) che le informazioni contenute nella presente proposta corrispondono a verità e che (iii) 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, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della polizza.
Mi impegno ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente modulo proposta e riconosco che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli Assicuratori alla stipulazione del contratto.

Mezzi di pagamento
Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.
Qualora espressamente concordato con gli ASSICURATORI ed indicato nel CERTIFICATO, il pagamento del PREMIO potrà essere frazionato in una o più rate.

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. (come definita nel Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Dichiarazione del Contraente
Il contraente 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 ……..

EVENTUALI INFORMAZIONI INTEGRATIVE ALLA PROPOSTA FORNITE DAL PROPONENTE

Data …../…./……. Firma del Proponente ……

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

ELENCO DEI DIPENDENTI Allegato 1		
COGNOME E NOME	**MANSIONE**	**EVENTUALI ALTRE MANSIONI**

Data …../…./……. Firma del Proponente ……

Perdite/Richieste di Risarcimento pregresse

La presente scheda dovrà essere compilata per ciascuna Perdita/Richiesta di Risarcimento di cui si è a conoscenza.

1. Data dell'evento:

………

2. Nome del Reclamante:

………

3. Ammontare della Perdita o della Richiesta di Risarcimento (in assenza di un dato specifico si prega di fornire una stima):

………

4. Breve descrizione dei fatti:

………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………

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

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

Circostanze pregresse

La presente scheda dovrà essere compilata per ciascuna Circostanza di cui si è a conoscenza.

1. Data dell'evento:

………

2. Nome del Reclamante:

………

3. Ammontare del potenziale danno (in assenza di un dato specifico si prega di fornire una stima):

………

4. Breve descrizione dei fatti:

………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………

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