

# POLIZZA RC PATRIMONIALE

## QUESTIONARIO

*“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 del Codice Civile Italiano)*

La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante delegato dall’Ente. 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. Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i diritti dell’assicurato in caso di sinistro. | *This proposal form should be completed in ink by a duly authorised member of the Entity. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply fully and frankly. The proposal form must be signed and dated. All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the policy or result in prejudice to the rights of the insured in the event of a claim.*

### DATI GENERALI RIGUARDANTI L’ENTE | GENERAL INFORMATION ON THE ENTITY

Denominazione: | *Name:* \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: | *Address:* \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: | *Fiscal Code:* \_\_\_\_\_  
 N° abitanti: | *N° of inhabitants:* \_\_\_\_\_  
 Retribuzioni lorde: | *Gross wages:* \_\_\_\_\_

L’Ente Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo? Se sì, fornire i dettagli richiesti. | *Has the Policyholder ever had insurance cover of this kind? If Yes, give the requested details.*

Sì | *Yes*

No | *No*

Compagnia: | *Insurance Company:* \_\_\_\_\_  
 Massimale: | *Limit of liability:* \_\_\_\_\_  
 Retroattività: | *Retroactive cover:* \_\_\_\_\_  
 Data di scadenza: | *Expiry date:* \_\_\_\_\_

Sono mai state rifiutate all’Ente Contraente o annullate dagli assicuratori coperture assicurative per questi rischi? Se sì, fornire dettagli. | *Has the Policyholder ever had cover refused or cancelled by Insurers of these risks? If Yes, give details.*

Sì | *Yes*

No | *No*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### COPERTURA RICHIESTA | REQUESTED COVERAGE

Indicare le funzioni che si intendono assicurare: | *Please indicate the positions to be insured:*

| FUNZIONE RICOPERTA<br><i>POSITION HELD</i>                              | INDICARE SE DA ASSICURARE<br><i>INDICATE IF TO BE INSURED</i>                    | N° PERSONE<br><i>N° OF PEOPLE</i> |
|---|--|-----------------------------------|
| Sindaco, Presidente o Commissario   <i>Mayor or President</i>           | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Vice Sindaco o Vice Presidente   <i>Vice President or Deputy Mayor</i>  | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Assessori   <i>Councillors</i>  | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Consiglieri   <i>Board or Council Members</i>                           | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Amministratore Delegato   <i>Chief Executive Officer</i>                | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Direttore Generale   <i>Managing Director</i>                           | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Direttore Amministrativo   <i>Administrative Director</i>               | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Direttore Sanitario   <i>Hospital Director</i>                          | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Direttore Tecnico   <i>Technical Director</i>                           | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Segretario   <i>Secretary</i>   | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Dirigenti Amministrativi   <i>Administrative Directors</i>              | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Dirigenti Tecnici   <i>Technical Directors</i>                          | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Posizioni Organizzative Amministrative   <i>Administrative Officers</i> | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Posizioni Organizzative Tecniche   <i>Technical Officers</i>            | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Impiegati Amministrativi   <i>Administrative Clerks</i>                 | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Impiegati Tecnici   <i>Technical Clerks</i>                             | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Dipendenti con funzioni Legali   <i>Administrative Legal Officers</i>   | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Comandante Polizia Locale   <i>Municipal Police Chief</i>               | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |
| Revisori o Membri del Collegio Sindacale   <i>Auditors</i>              | <input type="checkbox"/> Sì   <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i> |                                   |

### SINISTROSITÀ PREGRESSA | PREVIOUS CLAIMS

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o amministrativa nei confronti dell'Ente Contraente o di suoi dipendenti negli ultimi 5 anni? | *Have any claims or any disciplinary or administrative or legal proceeding been filed against the Policyholder or any of its employees in the last 5 years?*

Sì | *Yes*

No | *No*

Si è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o amministrativa dell'Ente Contraente o di suoi dipendenti? | *Is the Policyholder aware of any act which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an insurance of this type?*

Sì | *Yes*

No | *No*

In caso affermativo, si prega di fornire, per ciascun sinistro e/o circostanza, le informazioni richieste nel foglio allegato. | *If Yes, please indicate for each claim/circumstance all the information requested in the attached sheet.*

## DICHIARAZIONI | DECLARATIONS

Il sottoscritto dichiara: | *The undersigned hereby declares:*

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni; | *that the statements are true to the best of his/her knowledge and belief;*
- b. di prendere atto che questo questionario non vincola né gli Assicuratori né l'Ente alla stipulazione del contratto di assicurazione; | *that signing this application does not bind either the Entity or the Underwriters to make the insurance contract;*
- c. che, qualora le parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questo questionario sia preso come base per la stipula del contratto e che sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa; | *that should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the undersigned agrees that this proposal form will be the basis of the contract and part of the policy itself;*
- d. che, se tra la data della compilazione del presente questionario e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite, 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. | *that should there be, between the date of this proposal form and the date of issuance of the policy, any variations of the information given, the undersigned agrees to notify such variations immediately to underwriters who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

Nome: | *Name:* \_\_\_\_\_

Qualifica: | *Position:* \_\_\_\_\_

Data: | *Date:* \_\_\_\_\_

Firma: | *Signature:* \_\_\_\_\_

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 all'Assicurato durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali l'Assicurato venga 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. | *This proposal form is in respect of a Claims Made Third Party Liability Policy. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance.*

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. | *The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.*

Espressa accettazione ai sensi degli Artt. 1341 e 1469 bis e seguenti del Codice Civile: | *Express acceptance pursuant to Artt. 1341 and 1469 bis et seq. of the Italian Civil Code:*

Data: | *Date:* \_\_\_\_\_

Firma: | *Signature:* \_\_\_\_\_

## SCHEMA SINISTRO/CIRCOSTANZA | CLAIM/CIRCUMSTANCE INFORMATION

Data dell'evento dannoso: | *Date of loss:*

Data della denuncia: | *Date of notification:*

Controparte: | *Claimant:*

Importo della richiesta di risarcimento: | *Sum requested:*

Descrizione dei fatti e dei profili di responsabilità, presunti o accertati: | *Description of the facts and of the effective or alleged liability:*

Stato del procedimento: | *Claim status:*