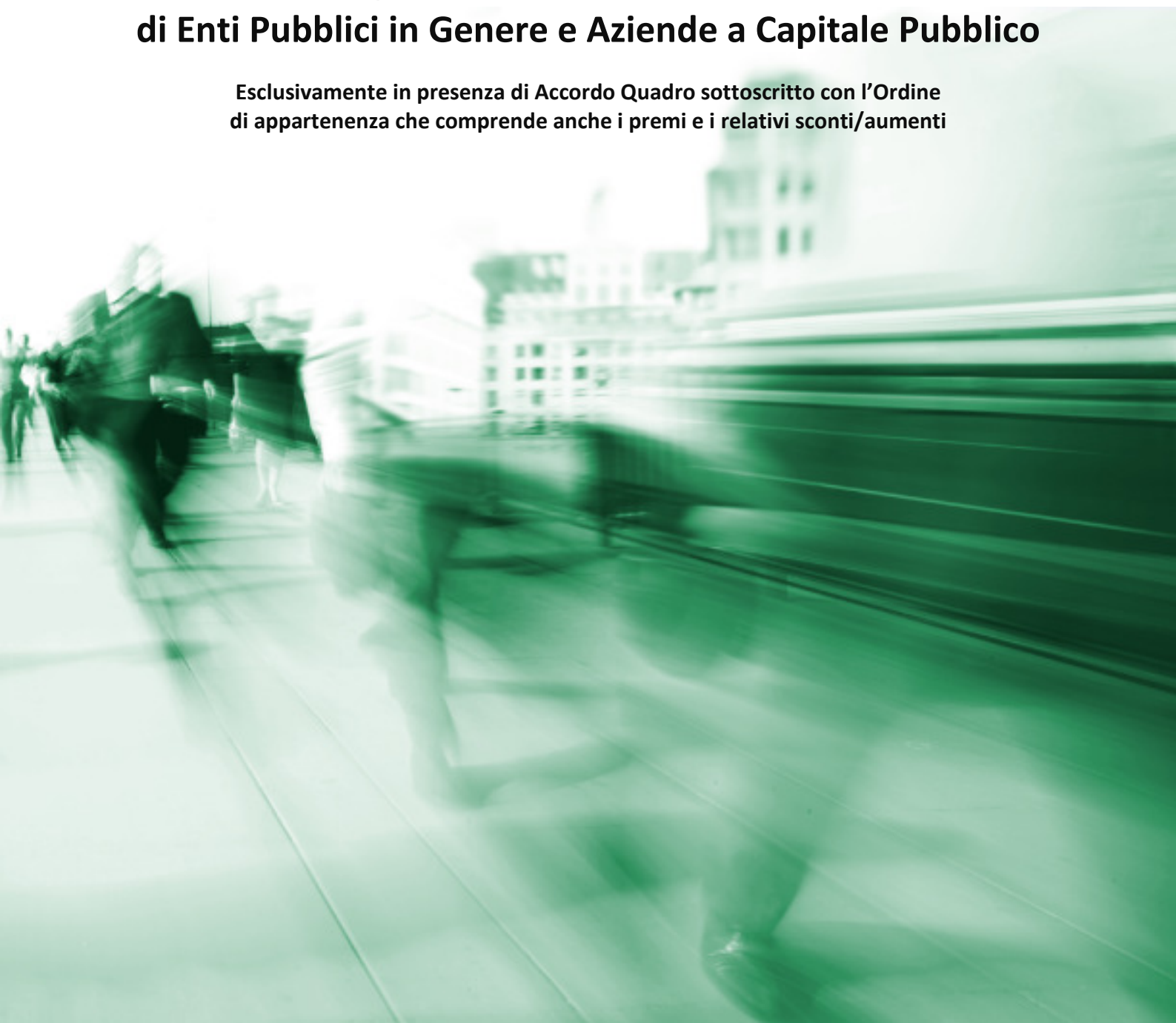


**QUESTIONARIO/PROPOSTA
DI ASSICURAZIONE PER LA**

Responsabilità Civile Patrimoniale

**per Colpa Grave, Responsabilità Amministrativa,
Amministrativa/Contabile, Danno Erariale
Dirigenti e Dipendenti Tecnici
di Enti Pubblici in Genere e Aziende a Capitale Pubblico**

Esclusivamente in presenza di Accordo Quadro sottoscritto con l'Ordine di appartenenza che comprende anche i premi e i relativi sconti/aumenti



ALLEGATO n. 7A

Regolamento ISVAP N. 5/2006

ISVAP – Istituto di Diritto Pubblico – Legge 12 Agosto 1982, n. 576

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

N.B.: Ai sensi della vigente normativa, la presente comunicazione deve essere consegnata al Contraente, prima della sottoscrizione della proposta, o qualora non prevista, di un contratto di assicurazione, dall'intermediario o dall'addetto all'attività di intermediazione che opera all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro.

Ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. nr. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e del regolamento ISVAP nr. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

a) **prima** della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **consegnano al Contraente** copia del documento (Allegato nr. 7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del Contraente;

b) **prima** della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **illustrano al Contraente** - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;

c) **sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati** alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del Contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal Contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

d) **informano il Contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal Contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, **lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;**

e) **consegnano al Contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;**

f) possono ricevere dal Contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, **i seguenti mezzi di pagamento:**

- 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale**, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- 3. denaro contante, esclusivamente** per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo **responsabilità civile auto** e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo Assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli **altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.**

ALLEGATO n. 7B

Regolamento ISVAP N. 5/2006

INFORMAZIONI DA RENDERE AL Contraente PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela del Contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I – Informazioni Generali

I.1-Dati identificativi dell'addetto all'attività di intermediazione e/o del responsabile dell'attività di intermediazione					
Cognome e Nome:	SEMERARO GIOVANNI				
Qualifica:	RESPONSABILE DELLA ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE (Presidente GAVA Broker Srl)				
Numero iscrizione al registro:	B000182569	Data:	11/05/07	Sezione:	B
Cognome e Nome:	SOLOMBRINO MASSIMILIANO				
Qualifica:	RESPONSABILE DELLA ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE (Consigliere GAVA Broker Srl)				
Numero iscrizione al registro:	B000099298	Data:	22/04/07	Sezione:	B
Intermediario che entra in contatto con il Contraente se diverso dal precedente					
Cognome e Nome:					
Qualifica:	ADDETTO ALL'ATTIVITA' DI INTERMEDIAZIONE				
Numero Iscrizione al Registro:		Data:		Sezione:	
Attività svolta per conto di					
Ragione sociale:	GAVA BROKER S.R.L.				
Numero iscrizione al registro:	B000182564	Data:	11/05/07	Sezione:	B
Posta elettronica certificata:	info@pec.gavabroker.it				
Sede Legale Direzione Generale:	Via Danimarca, n. 2 72100 BRINDISI – Italia	Tel. 0831 585902 Fax 0831 1702063			
Posta elettronica:	info@gavabroker.it				
Sito Internet:	www.gavabroker.it				
Filiale:	Viale Ugo Foscolo, n. 51 73100 LECCE – Italia	Tel. 0832 093900 Fax 0832 093901			
Posta elettronica:	info.lecce@gavabroker.it				
Uffici di Rappresentanza:	Via La Spezia, n. 89 00182 ROMA – Italia	Via Colle dei Roccoli, n. 11 24129 BERGAMO – Italia			
I.2 - Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta					
IVASS Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA					

Gli estremi identificativi e di iscrizione degli intermediari possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS www.ivass.it

PARTE II – Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

II.1 - Dichiarazioni dell'intermediario

- a) GAVA Broker Srl e le persone riportate nella tabella I.1 NON detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una impresa di assicurazione
- b) Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di GAVA Broker Srl
- c) Con riguardo al contratto proposto:
1. Le consulenze vengono fornite basate su una analisi imparziale e le valutazioni vengono effettuate su almeno 5 contratti assicurativi;
 2. GAVA Broker Srl propone contratti **in assenza di obblighi contrattuali** che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione.
 3. Su richiesta del Contraente/Assicurato, GAVA Broker Srl dovrà fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

PARTE III – Informazioni sulle norme di tutela del Contraente

III.1 - Informazioni Generali

- a) Ai sensi dell'articolo 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n.209, **i premi pagati** dal Contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario **costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;**
- b) **L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile**, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- c) Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al: **Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione** c/o IVASS Via Quirinale, 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto;
- d) Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa, entro quarantacinque giorni **possono rivolgersi all'IVASS**, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'impresa.

III.2 - Nota importante per il Contraente e per l'Assicurato

Ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005, in caso di autorizzazione della Compagnia al Broker ad incassare i premi – ovvero di autorizzazione dell'agenzia ratificata alla compagnia – **il pagamento del premio** eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, **ha effetto liberatorio per il Contraente nei confronti della Compagnia e conseguentemente impegna la Compagnia** (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Ai sensi dell'art. 118 del D.lgs 209/2005, nel caso di assenza di autorizzazione della Compagnia o dell'agenzia al Broker ad incassare i premi – ovvero in caso di autorizzazione da parte dell'agenzia non ratificata dalla Compagnia – il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori **non ha effetto liberatorio per il Contraente nei confronti della Compagnia e conseguentemente non impegna la Compagnia** (né, in caso di coassicurazione, le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

Il Contraente prende atto che l'Assicuratore della polizza è:

LLOYD'S OF LONDON

Rappresentanza per l'Italia

20121 Milano - Corso Garibaldi, n.86

e **HA AUTORIZZATO** il Broker ad incassare il premio con effetto **LIBERATORIO** per il Contraente.

Accordo Quadro con l'Ordine
Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile,
Patrimoniale per Colpa Grave, Responsabilità Amministrativa,
Amministrativa/Contabile, Danno Erariale
Dirigenti e Dipendenti Tecnici
di Enti Pubblici in Genere e Aziende a Capitale Pubblico

AVVISO IMPORTANTE

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UN POLIZZA "CLAIMS MADE" IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERA' ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN ASSICURATO SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA O SUCCESSIVAMENTE SE PREVISTO IL MAGGIOR TERMINE, NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA MEDESIMA.

LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE").

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività. Si prega pertanto di indicare qualsiasi 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 L'ASSICURATO SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.

Sede Legale: Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

Filiale: Lecce, 73100 - Viale Ugo Foscolo, 51
Tel. (+39) 0832.093900 - Fax (+39) 0832.093901

Ufficio di Rappresentanza: Bergamo,
24129 - Via Colle dei Roccoli n. 11
Tel. (+39) 035.19965214 - Fax (+39) 035.5095725

Ufficio di Rappresentanza: Roma,
00182 - Via La Spezia n. 89
Tel. (+39) 06.62289470 - Fax (+39) 06.23328762

www.gavabroker.it
info@gavabroker.it

Numero Verde 800 250 882

PROCEDURA PER ATTIVARE LA COPERTURA

- a) **Compilare la proposta in ogni punto, inserire la data, apporre la propria firma ed eventuale timbro**
- b) **Inviare la proposta così compilata a GAVA Broker a mezzo fax o con e-mail**
- c) **Attendere da GAVA Broker la conferma del premio da pagare e l'indicazione delle coordinate bancarie**
- d) **Effettuare il bonifico con la causale "Copertura.....(completando con il nome e cognome)"**
- e) **Trasmettere copia della ricevuta a mezzo fax o con e-mail a GAVA Broker**

LA COPERTURA E' ATTIVA DALLE ORE 24,00 DEL GIORNO SUCCESSIVO

- f) **GAVA Broker invierà il documento di copertura via e-mail ed entro i successivi 30 giorni in formato cartaceo.**

ACCORDO QUADRO CON L'ORDINE POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE COLPA GRAVE DIRIGENTI E DIPENDENTI TECNICI DI ENTI PUBBLICI E AZIENDE A CAPITALE PUBBLICO

Caratteristiche e Prestazioni

ASSICURATO	Il Dirigente , o Dipendente , che presta l'attività presso Enti Pubblici in genere o Aziende a Capitale Pubblico .
ASSICURATORI	Alcuni Sottoscrittori dei LLOYD'S di Londra .
GARANZIE ESCLUSE	Solo quelle previste dall'Articolo 35 delle condizioni.
OGGETTO	Le somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, nell'esercizio delle sue funzioni o della carica ricoperta, per atti o fatti od omissioni colpose a lui imputabili, che hanno cagionato una perdita patrimoniale, esclusivamente per il caso di colpa grave, per effetto di decisioni della Corte dei Conti e/o di qualunque altro organo di giustizia civile o amministrativa dello Stato. Copre i danni conseguenti a lesioni personali, morte o danneggiamento a cose e/o animali, la Responsabilità derivante da attività tecniche, la Responsabilità Amministrativa, amministrativa-contabile e il danno erariale (Finanziaria 2008) .
FORMA CONTRATTUALE	E' una polizza claims made .
SPESE LEGALI	In aggiunta al massimale indicato (25% del massimale).
PRINCIPALI GARANZIE INCLUSE	<ul style="list-style-type: none"> • Componente del Consiglio dell'Ordine, del Consiglio Nazionale, del Consiglio di Disciplina • Responsabilità derivanti da attività tecniche • Perdite patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale. • Incarichi collegiali e/o commissariali svolti in rappresentanza dell'Ente o Azienda di appartenenza. • Attività di cui ai D.Lgs N° 81/2008 e successive modifiche e integrazioni. • Attività svolte precedentemente presso altre Amministrazioni. • Acquisizioni in economia. • Perdite patrimoniali derivanti dall'attività di cui al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy). • Danni da inquinamento • Danni alle opere • Mancata rispondenza e inidoneità dell'opera • Mancato rispetto di vincoli urbanistici • Attività svolte presso e/o per conto di altri Enti Pubblici e Aziende Pubbliche , o Privati su incarico e/o autorizzazione dell'Ente di appartenenza.
RETROATTIVITA'	Illimitata
ULTRATTIVITA' (GARANZIA POSTUMA)	Compresa per 5 anni nei casi di fine mandato, dimissioni, quiescenza o decesso dell'Assicurato afferenti a comportamenti colposi avvenuti: <ul style="list-style-type: none"> • Durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione, compreso il periodo di retroattività illimitata, se l'Assicurato ha pagato l'Assicurazione per un periodo non inferiore a 3 annualità consecutive o previo pagamento delle annualità di premio mancanti a completamento delle 3 annualità; • Durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione, escluso il periodo di retroattività, se l'Assicurato non ha completato il periodo di assicurazione di almeno 3 annualità.
SCOPERTO	Nessuno
FRANCHIGIA	Nessuna
TACITO RINNOVO	Se non sono stati notificati sinistri

1. Informazioni generali

Cognome e Nome del Proponente: _____

Indirizzo del Proponente: Via/piazza _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Codice fiscale: _____ E-mail: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Cell.: _____

2. Attività Principale Attuale

2.1 Denominazione dell'Ente o Azienda di appartenenza: _____

2.2 Struttura in cui il Proponente esercita l'attività di Dipendente Tecnico:

Ufficio di: _____ Città _____

2.3 Indicare carica ricoperta e Funzioni

<input type="checkbox"/> DIRETTORE	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE	<input type="checkbox"/> ALTA PROFESSIONALITA'
<input type="checkbox"/> QUADRO	<input type="checkbox"/> POSIZIONE ORGANIZZATIVA TECNICA	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE TECNICO

Data inizio attività/incarico: _____

In qualità di:

<input type="checkbox"/> INGEGNERE	<input type="checkbox"/> ARCHITETTO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

2.4 Il Proponente esercita l'Attività di RUP? Sì No

2.5 Il Proponente ricopre incarichi in qualità di Componente

Consiglio dell'Ordine <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio Nazionale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Consiglio di Disciplina <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Se "Sì", specificare: incarico: _____

Ordine o Consiglio di Disciplina di: _____

3. Attività e Incarichi ATTUALI presso altri Enti Pubblici, /Aziende Pubbliche o Private

#	Denominazione Ente/Azienda	Città	Carica	Data o anno inizio attività/incarico
1				
2				

4. Attività e Incarichi PRECEDENTI presso altri Enti Pubblici, /Aziende Pubbliche o Private

#	Denominazione Ente/Azienda	Città	Carica	Data o anno inizio attività/incarico	Data o anno fine attività/incarico
1					
2					
3					

5. Precedenti assicurativi

5.1 Il Proponente ha, negli ultimi 3 anni, stipulato una polizza simile a quella richiesta con la presente proposta?
 Sì No

Se "Sì", indicare:

Compagnia Assicuratrice		Retroattività	
Massimali		Scoperti e franchigie	
Data di scadenza		Premio Lordo Annuo	
Possibilmente allegare copia polizza completa di condizioni			

5.2 Sono mai state rifiutate al Proponente o annullate dagli Assicuratori coperture Assicurative per questi rischi?
 Sì No

Se "Sì", fornire dettagli nello SPAZIO DI INTEGRAZIONE

5.3 Sono mai stati avanzati reclami relativi ai rischi coperti dalla stipulanda polizza, nei confronti del Proponente relativamente agli ultimi 5 anni ?
 Sì No

Se "Sì", fornire dettagli nello SPAZIO DI INTEGRAZIONE

5.4 Il Proponente è a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento relative ai rischi coperti dalla stipulanda polizza relativamente agli ultimi 5 anni?
 Sì No

Se "Sì", fornire dettagli nello SPAZIO DI INTEGRAZIONE

Data _____ / _____ / _____ Firma del Proponente _____

6. Garanzie assicurative

LIMITI DI INDENNIZZO RICHIESTO		RETROATTIVITÀ	
<input type="checkbox"/>	€ 250.000	<input type="checkbox"/>	1 ANNO
<input type="checkbox"/>	€ 500.000	<input type="checkbox"/>	2 ANNI
<input type="checkbox"/>	€ 1.000.000	<input type="checkbox"/>	3 ANNI
<input type="checkbox"/>	€ 1.500.000	<input type="checkbox"/>	4 ANNI
<input type="checkbox"/>	€ 2.000.000	<input type="checkbox"/>	5 ANNI
<input type="checkbox"/>	€ 2.500.000	<input type="checkbox"/>	ILLIMITATA

Sconti/Aumenti

1. Assicurati dello stesso Ente/Azienda	<input type="checkbox"/> Da 10 a 15 assicurati <input type="checkbox"/> Da 16 a 25 assicurati <input type="checkbox"/> Da 26 a 40 assicurati <input type="checkbox"/> Oltre 40 assicurati
2. Altri Enti	<input type="checkbox"/> Attività presso 2 Enti/Aziende <input type="checkbox"/> Attività presso 3 Enti/Aziende <input type="checkbox"/> Attività presso 4 Enti/Aziende o più

SPAZIO DI INTEGRAZIONE

Nel caso in cui gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, si prega di utilizzare lo spazio sottostante.

Data _____ / _____ / _____

Firma del Proponente _____

7. Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto dichiara:

1. che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza;
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario;
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997;
4. 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.

Cognome e Nome _____

Data _____ / _____ / _____ Firma del Proponente _____

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, **il sottoscritto**, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Proponente _____

In ottemperanza **all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006**, dichiara di aver ricevuto gli allegati **7A e 7B** e di aver preso visione dei contenuti.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Proponente _____

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.lgs 209/2005.

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 GAVA Broker Srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Proponente _____

La firma della presente Proposta/Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto.

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

ad integrazione della Proposta/Questionario compilata, datata e firmata dal Proponente

Art. 120 comma 3 del Codice delle Assicurazioni - Art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5/2006

Gentile Proponente,

Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di **Responsabilità Civile** se:

- Le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta, sono espresse con chiarezza nel Fascicolo Informativo;
- Il contratto assicurativo proposto risulti idoneo alle Sue esigenze assicurative.

Si prega, pertanto, di rispondere alle domande riportate al **CASO 2**).

Nel caso non volesse effettuare tali verifiche è necessario indicarlo al **CASO 1**), consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative:

Cognome e Nome / Ragione sociale: _____

Data di compilazione del questionario: _____

CASO 1) DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Proponente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni a lui richieste e riportate nel CASO 2), nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative. Dichiara pertanto di voler stipulare il relativo contratto.

Luogo e data

Il Proponente

CASO 2) VOGLIO FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA

ESIGENZE ASSICURATIVE

a) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

- Per ottemperare ad obblighi di legge
- Protezione del patrimonio in caso di danni arrecati nell'espletamento dell'attività esercitata

DURATA DEL CONTRATTO

b) Con riferimento alle sue esigenze assicurative, qual è la durata per la quale è interessato alla copertura dei suoi rischi?

- 1 Anno:
- 1 Anno e 6 mesi senza tacito rinnovo
- Temporanea con pagamento anticipato del premio per l'intera durata

DISPONIBILITÀ DI SPESA

c) In funzione delle richieste fatte a copertura delle Sue esigenze assicurative, qual è la Sua disponibilità di spesa per il contratto richiesto?

- Fino a 250 €
- Da 250 a 500 €
- Da 500 a 1000 €
- Da 1000 a 2000 €
- Da 2000 a 5000 €
- Oltre 5000 €

RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE

d) Il Proponente chiede la copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati ad altri soggetti, per:

- Esercizio dell'attività
- Proprietà dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Conduzione dei locali in uso per l'esercizio dell'attività
- Patrimoniale per attività esercitata in qualità di Dipendente/Dirigente
- Attività di docenza
- Inquinamento
- Prodotti
- Verso i dipendenti (RCO)

e) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art.52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?

- Sì No

f) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?

- Sì No

g) Le sono molto chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

- Sì No

h) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto e contenute nel Fascicolo Informativo?

- Sì No

Luogo e data

Il Proponente

Pagina relativa all'adeguatezza del contratto richiesto.

Cognome e Nome / Ragione sociale: _____

Data di compilazione del questionario: _____

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Il contratto richiesto risulta adeguato alle esigenze assicurative del Proponente

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative. Il sottoscritto Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data

L'Intermediario

Il Proponente



GAVA Broker Sr.l.
INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

Coverholder at **LLOYD'S**

Sede Legale: Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2
Tel. (+39) 0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

Filiale: Lecce, 73100 - Viale Ugo Foscolo, 51
Tel. (+39) 0832.093900 - Fax (+39) 0832.093901

Uffici di rappresentanza

Bergamo,

24129 - Via Colle dei Roccoli n. 11
Tel. (+39) 035.19965214
Fax (+39) 035.5095725

Roma,

00182 - Via La Spezia n. 89
Tel. (+39) 06.62289470
Fax (+39) 06.23328762

info@gavabroker.it

www.gavabroker.it

Numero Verde 800 250 882

