



**QUESTIONARIO/PROPOSTA  
DI ASSICURAZIONE PER LA**

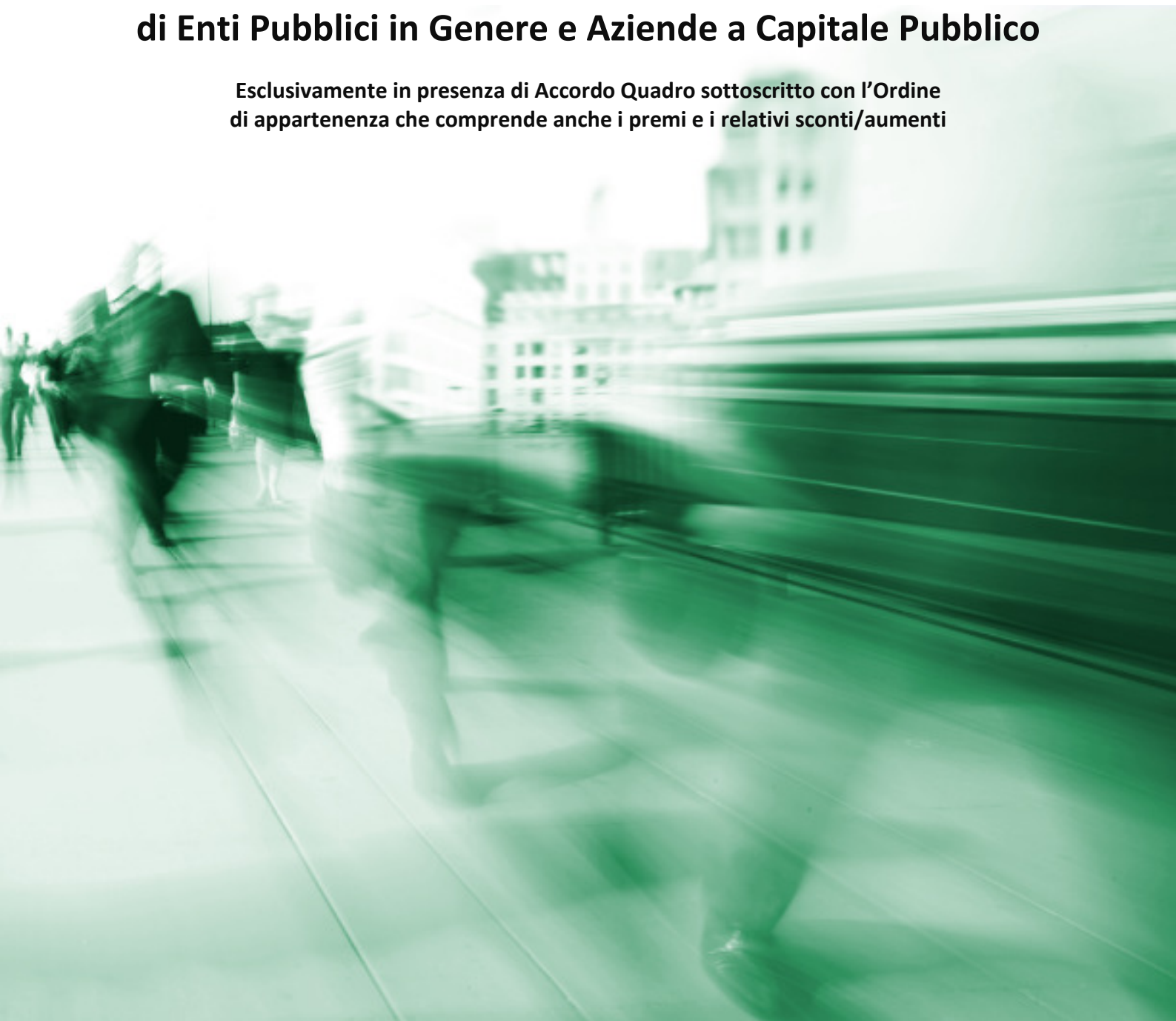
## **Responsabilità Civile Patrimoniale**

**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



**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 UNA POLIZZA "CLAIMS MADE" IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERÀ 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

**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](http://www.gavabroker.it)

[info@gavabroker.it](mailto: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

<b>ASSICURATO</b>	Il <b>Dirigente</b> , o <b>Dipendente</b> , che presta l'attività presso <b>Enti Pubblici</b> in genere o <b>Aziende a Capitale Pubblico</b> .
<b>ASSICURATORI</b>	Alcuni Sottoscrittori dei <b>LLOYD'S di Londra</b> .
<b>GARANZIE ESCLUSE</b>	Solo quelle previste dall' <b>Articolo 35 delle condizioni</b> .
<b>OGGETTO</b>	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 <b>Responsabilità Amministrativa, amministrativa-contabile</b> e il <b>danno erariale (Finanziaria 2008)</b> .
<b>FORMA CONTRATTUALE</b>	E' una polizza <b>claims made</b> .
<b>SPESE LEGALI</b>	In aggiunta al massimale indicato ( <b>25% del massimale</b> ).
<b>PRINCIPALI GARANZIE INCLUSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente del <b>Consiglio dell'Ordine</b>, del <b>Consiglio Nazionale</b>, del <b>Consiglio di Disciplina</b></li> <li>• Responsabilità derivanti da <b>attività tecniche</b></li> <li>• Perdite patrimoniali per l'attività connessa <b>all'assunzione e gestione del personale</b>.</li> <li>• <b>Incarichi collegiali e/o commissariali</b> svolti in rappresentanza dell'Ente o Azienda di appartenenza.</li> <li>• Attività di cui ai <b>D.Lgs N° 81/2008</b> e successive modifiche e integrazioni.</li> <li>• <b>Attività svolte precedentemente</b> presso altre Amministrazioni.</li> <li>• <b>Acquisizioni in economia</b>.</li> <li>• Perdite patrimoniali derivanti dall'attività di cui al <b>D.Lgs. 196/2003</b> (Codice Privacy).</li> <li>• <b>Danni da inquinamento</b></li> <li>• <b>Danni alle opere</b></li> <li>• <b>Mancata rispondenza e inidoneità dell'opera</b></li> <li>• <b>Mancato rispetto di vincoli urbanistici</b></li> <li>• <b>Attività svolte presso e/o per conto di altri Enti Pubblici e Aziende Pubbliche , o Privati</b> su incarico e/o autorizzazione dell'Ente di appartenenza.</li> </ul>
<b>RETROATTIVITA'</b>	<b>Illimitata</b>
<b>ULTRATTIVITA' (GARANZIA POSTUMA)</b>	<b>Compresa per 5 anni</b> nei casi di fine mandato, dimissioni, quiescenza o decesso dell'Assicurato afferenti a comportamenti colposi avvenuti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>SCOPERTO</b>	<b>Nessuno</b>
<b>FRANCHIGIA</b>	<b>Nessuna</b>
<b>TACITO RINNOVO</b>	<b>Se non sono stati notificati sinistri</b>

**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

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





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

**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**