

Proposta di assicurazione Responsabilità Patrimoniale Enti Pubblici

P.O. Liability Proposal Form

1. La presente proposta deve essere compilata a penna da un Pubblico Ufficiale debitamente autorizzato. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.

This proposal form should be completed in ink by a duly authorised member of the Council. 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.

2. 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.

All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.

1. Proponente (Ente Pubblico) / Proposer (Public Body)

Denominazione / Name

Comune di Godega di Sant'Urbano

C.f. / P.iva / Fiscal code

C.F. 82001250263

P.IVA 01843490267

Indirizzo completo / Full Address

Via Roma, 75 - 31010 Godega di Sant'Urbano (TV)

Nr. abitanti / Nr. of inhabitants (rispondere solo nel caso di Comune - reply only if Municipality)

Retribuzioni annue lorde / Gross wages

2. Pianta Organica / Positions

Funzione ricoperta Position held	N. Persone N. of persons
<i>Presidente – Sindaco</i> President – Mayor	1
<i>Vice Presidente – Vice Sindaco</i> Vice President – Deputy Mayor	1
<i>Assessori</i> Councillor	4
<i>Consiglieri</i> Board Member	10
<i>Direttore Generale</i> Chief Executive Officer	/
<i>Segretario</i> General Secretary	1 (45%)
<i>Dirigenti amministrativi</i> Executives of Administrative Depts	/
<i>Dipendente Legali</i> Legal Employees	27
<i>Responsabile polizia locale</i> Municipal policeman	1(anche responsabile tecnico)
<i>Funzionari amministrativi</i> Officers of Administrative Depts	2
<i>Revisori</i> Auditors	1 (esterno)
<i>Dirigenti tecnici / R.U.P.</i> Executives of Technical Depts / R.U.P.	/
<i>Funzionari tecnici</i> Officers of Technical Depts	2
<i>Altri dipendenti</i> Other employees	23

3. Precedenti assicurazioni /Previous insurance covers

Il Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo? Has the Proposer ever had insurance cover of this kind?

SI *NO*

Se sì, specificare/If Yes, give details:

1. *Con quale Compagnia?/Name of Insurance Company* *Milano Assicurazioni – Divisione La Previdente*

2. *Per quale massimale/Limits of liability*

- Per persona e sinistro / per person any one loss* Euro
- Globale annuo / aggregate limit* Euro

3. *Con quale scadenza /Expiry date* 31.03.2015

4. *Sono mai state rifiutate alla Proponente o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?*
Has the Proposer ever had cover refused or cancelled by Insurers of these risks?

SI *NO*

Se sì, specificare /If Yes, give details:

4. Sinistri precedenti / Claims record

Precisare se, negli ultimi 5 anni, siano stati avanzati reclami nei confronti del Proponente o degli Assicurandi sia pure relativamente a precedenti mandati nello stesso ente :

Please state whether during last 5 years any claims have been made against the Proposer or the Insured Persons, even during previous mandates

SI NO

Se si, specificare su scheda allegata/ If Yes, give details on attached sheet

Le persone Assicurande o il Proponente sono a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?

Are the Proposer or the Persons to be insured aware of any circumstances which may give rise to a claim under the Policy?

SI NO

Se si, specificare su scheda allegata/ If Yes, give details on attached sheet

5. Massimale e retroattività richiesti / Limits and retrocoverage required

- Per sinistro / any one loss Euro
 - Globale annuo / aggregate limit Euro
 - Retroattività/Retrocover date :
Cinque anni/Five years x Illimitata/Unlimited Altro/Other
 - Ultrattività/extended reporting period :
Due anni/Two years Cinque anni/Five years x
-

DICHIARAZIONE / DECLARATION

Il sottoscritto, debitamente autorizzato a compilare e firmare il presente modulo di proposta ed i relativi allegati, dichiara quanto segue:

The undersigned, duly authorised to fill in and sign this proposal and the relevant attachments, hereby declare the following:

1. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 1 della presente proposta;
he/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer as specified in point 1;
2. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
AFTER HAVING MADE CAREFUL ENQUIRIES, the answers contained in this Proposal Form are, to the best of his/her knowledge, accurate and truthful;
3. di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta
he/she has read and understood the informative note printed at the beginning of the Proposal Form;
4. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto. In tale caso la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa;

should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the Proposer agrees that this Proposal Form will form the basis of the contract and will form a part of the Policy itself;

5. *che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.*

if, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any circumstances alter the information contained in the Proposal Form, the Proposer agrees notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.

Signature of Proposer

Date

Firma del Proponente

Data

Baratto dr.ssa Cristina

27.01.2015

Qualifica / Position

Responsabile Servizio Finanziario



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA
dott.sa Cristina Baratto

Scheda Sinistri / Circostanze

1	<i>Data del Sinistro / Circostanza:</i>
2	<i>Nominativo del reclamante o presunto danneggiato:</i>
3	<i>Descrizione dettagliata del sinistro:</i>
4	<i>Se uno o più tra gli Assicurandi per cui viene richiesta copertura sono coinvolti specificare il nominativo e l'attività svolta:</i> 1) 2) 3) 4) 5)
5	<i>Ammontare del danno richiesto</i>
6	<i>Conclusione del sinistro o stato attuale</i>