

Gentile Cliente,
La preghiamo di compilare in ogni sua parte il seguente modulo ed
inviarlo **via fax al numero 0971.53.802**

Modello di adesione Polizza R.C. PATRIMONIALE per l'ENTE

Contraente: _____

Indirizzo: _____ Città _____

Cap: _____ Pv.: _____ Tel. _____ Fax. _____

e-mail _____ @ _____

P. Iva | | | | | | | | | | | | | | | |

Cod. Fiscale

Massimale prescelto €

Note sull'attività dell'Ente

.....

.....

Referente :

Altre assicurazioni personali in corso SI NO

Se si indicare la Compagnia di assicurazione _____

Massimale _____ Scadenza ____/____/____/

Premio relativo all'ultima annualità € _____

Data

Firma

Studio Losasso Broker S.r.l.

Consulenze, Intermediazioni, Gestioni Assicurative_ www.studiosassobroker.com_ info@studiosassobroker.com

Via Rossini, 12_85100 POTENZA_tel 0971.194.06.35_fax 0971.53.802_REA Potenza n.124007_P.I.01644640763
Iscrizione R.U.I. n. B000064629 *Soggetto al controllo dell'ISVAP*

QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
PROPOSAL FORM FOR PUBLIC ENTITY LIABILITY INSURANCE

Il seguente QUESTIONARIO di assicurazione si riferisce ad un polizza operante per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'assicurato durante il periodo di assicurazione (Claims made)

This is a PROPOSAL FORM for a policy relating to claims made in writing against the insured party during the currency of the policy period.

AMMINISTRAZIONE PROPONENTE:
INFORMATION CONCERNING THE PUBLIC ENTITY:

A. DENOMINAZIONE - SEDE LEGALE E INDIRIZZO INTERNET - NAME / ADDRESS AND INTERNET ADDRESS

Partita Iva/ Codice Fiscale

B. DATA DI INSEDIAMENTO DEGLI ORGANI AMMINISTRATIVI DELLA PROPONENTE:

CONSIGLIO -----
GIUNTA -----
SEGRETARIO -----
DIRETTORE GENERALE -----

C. ATTIVITÀ

NATURE OF THE ACTIVITY _____

D. LA PROPONENTE SVOLGE ATTIVITÀ ATTRAVERSO PROPRIE SOCIETÀ OPERATIVE?

DOES THE PROPOSER OPERATE THROUGH SUBSIDIARIES?

SI NO

SE SÌ, SPECIFICARE IL TIPO DI ATTIVITÀ E L'ENTITÀ DEL CONTROLLO O DELLA PARTECIPAZIONE

IF YES, SPECIFY THE ACTIVITY AND THE MEASURE OF CONTROL OR PARTICIPATION

LA PROPONENTE POSSIEDE QUOTE SUPERIORI AL 20% DI SOCIETÀ QUOTATE IN BORSA?

DOES THE PROPOSER CONTROL MORE THAN 20% OF COMPANIES OR SUBSIDIARIES LISTED ON ANY STOCK EXCHANGE?

SI NO

SE SÌ, DOVE E DA QUANDO?

IF YES, WHERE AND SINCE WHEN?

LA PROPONENTE CONTROLLA ALTRE SOCIETÀ?
DOES THE PROPOSER CONTROL OTHER COMPANIES?

SI NO

SE SÌ, INDICARE IL NOME DELLE SOCIETÀ CONTROLLATE E LA PERCENTUALE POSSEDUTA
IF YES, SPECIFY THE PERCENTAGE OF SHARE CAPITAL OWNED BY THE PROPOSER

RETRIBUZIONI LORDE

A. DETTAGLI DELLE RETRIBUZIONI LORDE

ANNO CONTABILE	AMMONTARE IN Euro
2006	
2007	
2008	

Stima Retribuzioni lorde anno in corso:

NUMERO TOTALE E CARICHE DEI DIPENDENTI E AMMINISTRATORI

SI PREGA COMPILARE LA SCHEDA IN ALLEGATO.

DATI SULLA PROPONENTE INFORMATION ON THE INSURED

A. LA PROPONENTE HA STIPULATO ALTRE POLIZZE DI QUESTO TIPO? HAS THE COMPANY HAD PUBLIC ENTITY COVERAGE?

SI NO

SE SI, SPECIFICARE COMPAGNIA, MASSIMALE E SCADENZA
IF YES, SPECIFY THE INSURANCE COMPANY, INSURANCE LIMITS, EXPIRY DATE

FORMA DI VALIDITÀ TEMPORALE EVENTUALE RETROATTIVITÀ ED ULTRATTIVITÀ INSURANCE FORM RETRO DATE AND EXTENDED REPORTING PERIOD

B. SONO MAI STATE ANNULLATE AD ISTANZA DELLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE COPERTURE ASSICURATIVE STIPULATE DALLA PROPONENTE PER QUESTI RISCHI? HAS THE PROPOSER EVER BEEN REFUSED COVERAGE OR HAD COVERAGE CANCELLED FOR THIS TYPE OF INSURANCE?

SI NO

SE SI', SPECIFICARE:
IF YES, SPECIFY

C. LA PROPONENTE E/O UNA DELLE SUE CONTROLLATE È A CONOSCENZA DI FATTI PRESENTI O PASSATI CHE POTREBBERO ESSERE FONTE DELLA RESPONSABILITÀ GARANTITA DALLA COPERTURA RICHIESTA ? IS THE PROPOSER, ANY SUBSIDIARIES, AND/OR ANY EMPLOYEE AWARE OF ANY CIRCUMSTANCE WHICH MAY GIVE RISE TO CLAIMS?

SI NO

SE SI, SPECIFICARE
IF YES, SPECIFY

D. SONO STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEI CONFRONTI DELLA PROPONENTE E/O UNA DELLE SUE CONTROLLATE ?

HAVE ANY CLAIMS BEEN MADE AGAINST THE PROPOSER, OR ITS SUBSIDIARY?

SI NO

SE SI, FORNIRE DETTAGLI

IF YES, PROVIDE DETAILS

E. INDICARE IL NUMERO DI PROCEDIMENTI INCARDINATI DINANZI AL TAR ED AL CONSIGLIO DI STATO PER L'ANNULLAMENTO DI ATTI AMMINISTRATIVI DELLA PROPONENTE?

INDICATE THE NUMBER OF JUDGEMENTS THAT HAVE BEEN PROMOTED AGAINST THE PROPOSER TO CANCEL ADMINISTRATIVE ACTS

ANNO 2006 -----

ANNO 2007 -----

ANNO 2008 -----

F. INDICARE IL NUMERO DI PROCEDIMENTI INCARDINATI DINANZI LA CORTE DEI CONTI PER GIUDIZI DI RESPONSABILITÀ (ESCLUSI I PENSIONISTICI) NEI CONFRONTI DI AMMINISTRATORI E DIPENDENTI DELLA PROPONENTE

INDICATE THE NUMBER OF JUDGEMENTS THAT HAVE BEEN FOUND AGAINST DIRECTORS AND PUBLIC OFFICIALS OF THE PROPOSER

ANNO 2006 -----

ANNO 2007 -----

ANNO 2008 -----

ASSICURAZIONE DEI PROGETTISTI INTERNI
INFORMATION ON TECHNICAL EMPLOYEES

INDICARE NUMERO, TIPOLOGIA E VALORE DELLE OPERE PROGETTATE DAL PERSONALE DELLA PROPONENTE INCLUSE NEL PIANO PLURIENNALE DI REALIZZAZIONE DELLE OPERE PUBBLICHE DI CUI SONO STATI INIZIATI I LAVORI O PRESUMIBILMENTE SARANNO AVVIATI I LAVORI NELLE ANNUALITÀ SEGUENTI:

INDICATE THE WORKS INCLUDED IN THE CONSTRUCTION PLAN FOR THE FOLLOWING YEARS

NUMERO	TIPOLOGIA	VALORE COMPLESSIVO
ANNO 2007	IMPIANTISTICA	
ANNO 2007	OPERE IDRAULICHE	
ANNO 2007	EDIFICI CIVILI	
ANNO 2007	STRADE	
ANNO 2007	PONTI E GALLERIE	
ANNO 2008	IMPIANTISTICA	
ANNO 2008	OPERE IDRAULICHE	
ANNO 2008	EDIFICI CIVILI	
ANNO 2008	STRADE	
ANNO 2008	PONTI E GALLERIE	
ANNO 2009	IMPIANTISTICA	
ANNO 2009	OPERE IDRAULICHE	
ANNO 2009	EDIFICI CIVILI	
ANNO 2009	STRADE	
ANNO 2009	PONTI E GALLERIE	

IN ALTERNATIVA, SI PREGA ALLEGARE IL PIANO TRIENNALE DEI LAVORI

OTHERWISE PLEASE ATTACH THE THREE YEARS PLAN

COPERTURA RICHIESTA*COVERAGE REQUIRED***A. MASSIMALI RICHIESTI PER SINISTRO E PERIODO:***LIMITS OF INSURANCE REQUIRED PER LOSS AND PER PERIOD*

EURO 500.000,00 PER ASSICURATO	EURO 5.000.000,00 PER ANNO
EURO 1.000.000,00 PER ASSICURATO	EURO 5.000.000,00 PER ANNO
EURO 1.500.000,00 PER ASSICURATO	EURO 5.000.000,00 PER ANNO
EURO 2.000.000,00 PER ASSICURATO	EURO 10.000.000,00 PER ANNO
EURO 2.500.000,00 PER ASSICURATO	EURO 10.000.000,00 PER ANNO

La persona autorizzata a sottoscrivere il presente questionario dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c., che, per quanto in sua conoscenza in relazione alle funzioni espletate, le affermazioni precedentemente riportate sono veritiere e che qualora insorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data d'entrata in vigore della copertura, egli darà immediata notifica di tali modifiche, e la società assicuratrice potrà ritirare oppure modificare la propria proposta e/o conferma di copertura.

Il presente questionario ed ogni suo allegato possono essere parti integranti della polizza.

LA PROPONENTE**TIMBRO****FIRMA** _____**DATA** _____

SCHEDA DEL NUMERO TOTALE E CARICHE DEI DIPENDENTI E AMMINISTRATORI

CATEGORIA (se diverse da quelle indicate si prega emendare la lista)	NUMERO	
Amministrazioni Comunali	Sindaco	
	Vice Sindaco	
	Assessori	
	Consiglieri	
	Segretario	
	Dirigente Amministrativo	
	Dirigente Tecnico	
	Funzionario Amministrativo	
	Funzionario Tecnico	
	Impiegato Amministrativo	
	Impiegato Tecnico	
Amministrazioni Provinciali	Presidente	
	Assessori	
	Consiglieri	
	Segretario	
	Dirigente Amministrativo	
	Dirigente Tecnico	
	Funzionario Amministrativo	
	Funzionario Tecnico	
	Impiegato Amministrativo	
	Impiegato Tecnico	
Amministrazioni Regionali	Presidente	
	Assessori	
	Consiglieri	
	Segretario	
	Dirigente Amministrativo	
	Dirigente Tecnico	
	Funzionario Amministrativo	
	Funzionario Tecnico	
	Impiegato Amministrativo	
	Impiegato Tecnico	
Amministrazioni locali in genere	Presidente	
	Assessori	
	Consiglieri	
	Segretario	
	Dirigente Amministrativo	
	Dirigente Tecnico	
	Funzionario Amministrativo	
	Funzionario Tecnico	
	Impiegato Amministrativo	
	Impiegato Tecnico	

CATEGORIA (se diverse da quelle indicate si prega emendare la lista)		NUMERO
Aziende Sanitarie Locali	Consiglieri Regionali	
	Assessori	
	Dirigenti	
	Funzionari	
	Direttore Generale	
	Direttore Amministrativo	
	Direttore Sanitario	
	Comparto	
Aziende Ospedaliere	Direttore Generale	
	Direttore Amministrativo	
	Direttore Sanitario	
	Dirigenti	
	Funzionari	
	Comparto	
Università	Componenti centri di gestione della spesa	
	Componenti consigli centri di coordinamento	
	Componenti del CdA	
	Componenti del Senato accademico	
	Componenti Giunta dell'Ateneo	
	Delegati del Rettore	
	Direttore Amministrativo	
	Direttore Generale	
	Direttori biblioteche	
	Direttori di Dipartimento	
	Dirigente non tecnico	
	Dirigenti non tecnici e qualifiche equiparate	
	Membri di commissione	
	Presidente del CdA	
	Presidi di Facoltà	
	Pro Rettore Vicario	
	Pro Rettore	
	Responsabile Presidio Amministrativo	
	Responsabile della Sicurezza sul Lavoro	
	Responsabile Energetico	
	Responsabile Telefonia	
	Responsabili di laboratorio	
	Responsabili di settore dell'amministrazione	
	Responsabili di ufficio	
	Rettore	
	Segretario del CdA	
	Tecnici	
Ufficiali Roganti		