

Agenzia di _____ Cod. _____

**QUESTIONARIO R.C. COLPA GRAVE
DIPENDENTI PUBBLICI - PROFESSIONI NON SANITARIE
MOD. QRC-CGP**

Cognome e nome del Proponente _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ CAP _____ Prov _____

ENTE DI APPARTENENZA

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ ASSICURABILI

- Dirigente/Quadro con incarichi tecnici
- Dirigente/Quadro senza incarichi tecnici
- Impiegato con incarichi tecnici
- Impiegato senza incarichi tecnici

Titolo di abilitazione professionale (se richiesto per lo svolgimento dell'attività)

Iscritto all'Ordine Professionale/Albo professionale di (se richiesto):

Dal _____

Avvertenza

Si ricorda che il prodotto RC Colpa Grave Professioni Non Sanitarie:

- 1) *tiene indenne l'Assicurato, nei limiti dei massimali previsti dalla presente polizza, di quanto in via di rivalsa debba pagare alla Pubblica Amministrazione, a seguito di atti o fatti od omissioni colposi a lui imputabili, che hanno cagionato una perdita patrimoniale, connessi all'esercizio delle sue funzioni o della carica ricoperta, comprese altresì le perdite patrimoniali derivanti da responsabilità amministrativa e da responsabilità amministrativa contabile, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, nonché di qualunque Organo di Giustizia civile ed amministrativa dello Stato;*
- 2) *non comprende, tra le altre, le richieste di rimborso sopra descritte derivanti da danni:*
 - *conseguenti a responsabilità professionale nello svolgimento dell'attività medica, paramedica e veterinaria, di sperimentazione e ricerca clinica e di farmaci, nonché quelle conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali derivanti dal ruolo di Direttore Sanitario e di quelle di dirigente e/o responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private;*
 - *conseguenti ad attività svolta dall'Assicurato in conseguenza di nomine politiche o assunte per effetto di qualsiasi forma di mandato elettorale, ed in qualità di Assessore di Enti territoriali;*
 - *conseguenti ad attività svolta dall'assicurato quale componente di consigli di amministrazione, collegi sindacali, collegi dei revisori, organismi di vigilanza;*
 - *connessi all'appartenenza ad Amministrazioni o Corpi militari o anche smilitarizzati o comunque connesse con funzioni di pubblica sicurezza, polizia giudiziaria, polizia tributaria o protezione civile.*

Per una completa elencazione delle esclusioni di polizza si rinvia all'art. 6 "Delimitazioni dell'assicurazione – Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione

Presta la sua opera esclusivamente in Italia?

SI

NO

Se NO, indichi i Paesi esteri presso i quali opera, le mansioni e la durata del periodo annuo trascorso all'estero:

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 8 – Estensione territoriale, delle Condizioni di Assicurazione, l'assicurazione è prestata per gli errori posti in essere in Italia e nel territorio degli stati di San Marino e Città del Vaticano

PRECEDENTI ASSICURATIVI – STATO DEL RISCHIO

1) E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di assicurazione di Responsabilità Civile Professionale per il medesimo rischio, stipulati con Generali Italia S.p.A. o con altre imprese di assicurazioni?

SI

NO

Se SI, indichi gli estremi di dette polizze:

ASSICURATORE	DATA		MOTIVO CESSAZIONE
	Effetto	Cessazione o Scadenza	
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro

Si ricorda che nel caso di rischio assunto per la prima volta, l'assicurazione, tramite il richiamo automatico dell'allegato RETR-retroattività, è estesa alle richieste in via di da parte della Pubblica Amministrazione, a seguito di atti o fatti od omissioni colposi imputabili all'Assicurato, che hanno cagionato una perdita patrimoniale, connessi all'esercizio delle sue funzioni o della carica ricoperta, comprese altresì le perdite patrimoniali derivanti da responsabilità amministrativa e da responsabilità amministrativa contabile, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, nonché di qualunque Organo di Giustizia civile ed amministrativa dello Statoisarcimento, presentate per la prima volta all'Assicurato stesso nel corso del periodo di efficacia della stipulanda polizza, in conseguenza di errori professionali dallo stesso personalmente commessi nei tre anni precedenti la sua decorrenza e comunque non prima della data indicata nel frontespizio di polizza, sempreché la richiesta in via di rivalsa suddetta non sia assistita da coperture assicurative in essere con altre imprese di assicurazioni precedentemente alla data di effetto della stipulanda polizza.

Per il caso in cui la stipulanda polizza sostituisca, senza soluzione di continuità, altra in corso con Generali Italia S.p.A. (o con altre società confluite nella stessa per fusione o incorporazione) per il medesimo rischio, resta fermo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2 delle Condizioni di Assicurazione in merito alla continuità della copertura prestata con la polizza sostituita con riferimento agli errori professionali riconducibili al medesimo settore di attività professionale oggetto del nuovo contratto e nei limiti complessivi del massimale previsto dalla polizza sostituita per l'ultima annualità assicurativa.

- 2) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata? SI NO

Se SI, indicare:

numero di sinistri da RC Professionale relativi all'ultimo anno _____

numero di sinistri da RC Professionale nei 4 anni precedenti all'ultimo _____

numero di sinistri da RC Professionale oltre i primi 5 anni _____

Causale sinistro:

Data accadimento	Data richiesta	Importo		
_____	_____	_____		
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato		
La vertenza è stata definita?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso procedimento giudiziale?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:

Data accadimento	Data richiesta	Importo		
_____	_____	_____		
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato		
La vertenza è stata definita?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso procedimento giudiziale?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:

Data accadimento	Data richiesta	Importo		
_____	_____	_____		
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato		
La vertenza è stata definita?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso procedimento giudiziale?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:Data accadimento
_____Data richiesta
_____Importo
_____Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso procedimento giudiziale?

 SI NO

3) Alla data odierna, è a conoscenza di:

- procedimenti, provvedimenti, eventi, circostanze e/o situazioni da cui potrebbero derivare richieste di risarcimento nei suoi confronti?

 SI NO*Se SI, descriva dettagliatamente tali circostanze:***MASSIMALE – FRANCHIGIA -
ESTENSIONE DI GARANZIA ALLA TUTELA LEGALE**

4) Indichi l'entità del massimale richiesto in Euro

 2.500.000,00 3.000.000,00 3.500.000,00 4.000.000,00 4.500.000,00 5.000.000,00 ALTRO _____

Nelle Condizioni di Assicurazione, all'art. 5 - Massimali di garanzia e eventuale franchigia, è indicato che qualora in polizza sia indicato un importo di franchigia, l'assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni sinistro, di detto importo, che rimarrà a carico dell'Assicurato.

5) Intende estendere la copertura anche alla garanzia Tutela Legale?

 SI NO*Se SI, indichi l'entità del massimale richiesto: Euro* 10.000,00 15.000,00 Altro _____

6)

REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA E RETROATTIVITÀ

PREMESSA

REGIME TEMPORALE DELLA COPERTURA OFFERTA

Salvo quanto previsto in caso di sostituzione senza soluzione di continuità di altra polizza in corso con Generali Italia S.p.A. (o con altre società confluitevi per fusione o incorporazione) dall'art. 3 – Validità temporale, delle Condizioni Generali di Assicurazione, la copertura offerta è relativa alle richieste di rimborso per danno erariale indiretto pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione o entro sei mesi dalla sua cessazione, che siano originate da errori posti in essere durante il suindicato periodo di efficacia dell'assicurazione (art. 3 – Validità temporale delle Condizioni Generali di Assicurazione).

RETROATTIVITÀ OFFERTA

Tuttavia, a parziale deroga ed integrazione di quanto previsto dal suddetto art. 3 e fermo quanto previsto all'art. 5 - Massimali di garanzia ed eventuale franchigia, delle Condizioni di Assicurazione, la copertura si estende altresì alle richieste di rimborso per danno erariale indiretto presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della polizza in conseguenza di errori professionali dallo stesso personalmente commessi anteriormente la sua decorrenza e comunque non prima di tre anni dalla stessa, nell'esercizio, nel medesimo settore pubblico, dell'attività assicurata che non siano assistite da coperture assicurative in essere con altre imprese di assicurazioni precedentemente alla data di effetto della polizza stessa.

Ciò posto, si chiede al Proponente di precisare:

- A) *Se ha interesse ad escludere la suddetta estensione di garanzia* SI NO
- B) *Se ha interesse ad ampliare a 5 anni il periodo di retroattività di 3 anni incluso nell'offerta* SI NO

EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI/DATI RITENUTI UTILI PER LA PUNTUALE DESCRIZIONE DEL RISCHIO PER IL QUALE SI RICHIEDE COPERTURA

ALTRE DICHIARAZIONI

Il Proponente ha presentato altri questionari simili al presente ad altre imprese di assicurazioni per medesimi rischi? SI NO

Se SI, indicare quali imprese di assicurazioni _____

Il Proponente si avvale dell'intermediazione di una società di Brokeraggio? SI NO

Se SI, indicare gli estremi della Società di Brokeraggio _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione.

Tuttavia, qualora la polizza Responsabilità Civile Colpa Grave per i Dipendenti Pubblici (Professioni non Sanitarie) sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario potranno essere prese a fondamento del contratto e potranno formare parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che:

- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;**
- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario non concorrono tuttavia a determinare la struttura delle garanzie contrattuali che restano disciplinate esclusivamente dalle Condizioni di Assicurazione espressamente indicate in polizza.**

Data ____/____/____

Firma del Proponente

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi⁽²⁾, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽³⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽⁴⁾. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com*.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

Avvertenza:

*In caso di stipulazione/rinnovo del contratto, il Proponente, prima della sottoscrizione della polizza/appendice di rinnovo, **riletto attentamente il presente documento**, dovrà sottoscrivere altresì la dichiarazione sotto riportata ovvero compilare nuovo questionario aggiornato.*

Fermo quanto sopra riconosciuto e dichiarato, il Proponente, riletto attentamente il presente documento in ogni sua parte, nell'accingersi a stipulare/rinnovare la copertura assicurativa conferma veridicità, attualità e completezza, alla data di sottoscrizione:

della polizza n. _____

dell'Appendice di rinnovo della polizza n. _____ *dalle ore 24:00 del*

| _____ | *alle ore 24:00 del* | _____ |

di tutte le dichiarazioni rese anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

Data ____/____/____

Firma del Proponente

SCHEDA RIEPILOGATIVA PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Premesso che l'assicurazione tiene indenne l'Assicurato, di quanto in via di rivalsa debba pagare alla Pubblica Amministrazione, a seguito di atti o fatti od omissioni colposi a lui imputabili, che hanno cagionato un perdita patrimoniale, connessi all'esercizio delle sue funzioni o della carica ricoperta, comprese altresì le perdite patrimoniali derivanti da responsabilità amministrativa ed amministrativa contabile, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, nonché di qualunque organo di giustizia civile ed amministrativa dello Stato, sulla base delle condizioni di assicurazione ricevute in copia, il proponente, facendo seguito alle risposte date nel questionario, chiede le seguenti estensioni di garanzia:

TUTELA LEGALE

Punto n. 5

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

.....