

PROPOSTA-QUESTIONARIO

AVVERTENZA

Gli Assicuratori stessi a propria totale discrezione si riservano il diritto di accettare alternativi formulari di proposta prodotti dal Contraente per la formazione e sottoscrizione del contratto.

Si invita comunque il proponente a compilare il Questionario allegato dal momento che e' stato predisposto specificatamente su questo prodotto.

Dichiarazioni inesatte, false e/o reticenti all' atto della stipula possono rendere il contratto nullo o annullabile e far decadere in tutto o in parte il diritto all' indennizzo (come da articoli 1892,1893 e 1894 del codice civile).

Il Questionario e' parte integrante del contratto.

Modulo 1 di 2

Polizza n. _____ emittenda _____ Assicuratore Lloyd's

RICHIESTA DI COPERTURA

Spettabile Willis Italia SpA – Assidea & Delta srl
Telefax n. 0874 484114 All'attenzione di Ufficio Gestione RC

Il/La sottoscritto/a _____
Residente in Via _____
Città _____ c a p _____
codice fiscale _____
con funzione/carica _____
Ente di appartenenza R E G I O N E M O L I S E

presa visione delle condizioni contrattuali e di garanzia della polizza sopra indicata riguardante la copertura assicurativa individuale della responsabilità amministrativa e contabile e per colpa grave, **chiede** la attivazione della copertura assicurativa nei termini seguenti:

Massimale di garanzia:

euro 1 5 0 0 0 0 0 0 , 0 0 per sinistro e anno assicurativo

Massimale di garanzia in caso di corresponsabilita' tra piu' Assicurati appartenenti al medesimo Ente:

euro 3 0 0 0 0 0 0 0 , 0 0

Decorrenza e scadenza della copertura assicurativa:

dalle ore 24 del 3 1 / 1 2 / 2 0 1 1 alle ore 24 del 3 1 / 1 2 / 2 0 1 2

Decorrenza della garanzia retroattiva e scadenza della garanzia ultrattiva:

dalle ore 24 del 3 1 / 1 2 / 2 0 0 5 alle ore 24 del 3 1 / 1 2 / 2 0 1 7

QUESTIONARIO

Questa parte informativa riguardante i precedenti assicurativi e i sinistri deve essere necessariamente compilata *

Il/La sottoscritto/a dichiara:

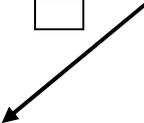
di avere di non avere in corso altre coperture assicurative analoghe / simili a questa
Se si: specificare n. di polizza _____ e assicuratore (se Lloyd's, il nome del sottoscrittore) _____

che sono che non sono mai state annullate dagli assicuratori coperture per questi rischi
Se si: specificare _____

che sono che non sono mai state presentate negli ultimi 5 anni denunce nei propri confronti al
Procuratore Regionale della Corte dei Conti ai sensi delle norme vigenti
se si: specificare _____

Ai sensi e per gli effetti del disposto degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il sottoscritto **dichiara** anche di non essere a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di causare o di aver causato danni rientranti nell'oggetto del contratto di assicurazione sopra indicato

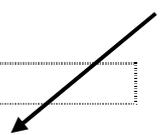
* = se necessario, allegare al presente modulo fogli ulteriori datati e sottoscritti, indicandone il numero



(luogo / data / firma)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA 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.

Nome e Cognome :



Data : Firma :