

QUESTIONARIO RC PATRIMONIALE COLPA GRAVE INDIVIDUALE - DIPENDENTI PUBBLICI

Colpa Grave Individuale Proposal Form – Public Offices/Positions

1. Nome e Cognome / Ragione Sociale
Name and Surname / Business Name

2. Indirizzo Completo (Via, CAP, Citta')
Address (Street, Postal Code, City)

3. Partita Iva / Codice Fiscale
VAT/Fiscal Code

4. Data di decorrenza/ Inception Date

TACITO RINNOVO OPERANTE

5. Il Proponente è mai stato assicurato/ Has the Proposer ever been insured: **Si/Yes** **No/No**
In caso di risposta affermativa al punto 5, rispondere alle seguenti domande (dal 5.1 al 5.6):
If yes, answer the following questions (from 5.1 to 5.6):

5.1 Nome degli Assicuratori/ Name of the Insurers:

Lloyd's (LINK/MAG)

Lloyd's (Altro corrispondente)

Altra compagnia/Other company Indicare il nome della compagnia/ Company name.....

5.2 Data di scadenza precedente polizza/ Expiry date

5.3 Massimale della polizza in scadenza/ Limit of Indemnity of the expiring policy

5.4 Franchigia della polizza in scadenza/ Excess of the expiring policy

5.5 Per quanti anni è stato assicurato con Link/MAG/ For how many years has the Proposer been insured with Link/MAG.....

5.6 Data di inizio retroattività della polizza in scadenza/ Retroactivity date of the expiring policy

6. Si vuole estendere la retroattività ad illimitata/ Unlimited retroactivity required **Si/Yes** **No/No**

7. Si vuole escludere la continuous cover/ Remove the continuous cover clause **Si/Yes** **No/No**

8. Il proponente svolge un incarico presso uno dei seguenti enti/tipologia di ente/ Does the Proposer carry out an activity in one of the following entities:

- Comune di Roma/Roma capitale
- Posizione di vertice di un ente sanitario (Direttore Generale/Amministrativo°/Sanitario/Sociale/Vice Direttore)
- ANAS
- Ministero Economia e Finanze/Poste Italiane
- Forze dell'Ordine /Forze Armate
- Il proponente svolge attività esclusivamente amministrativa **Si/Yes** **No/No**
- Altre posizioni di un ente sanitario
- Altri Enti

9. Il proponente svolge attività di carattere tecnico (Dirigente/funzionario/dipendente/Rup Tecnico)/ Does the Proposer carry out a technical activity ? **Si/Yes** **No/No**

10. Massimale richiesto/ Limit of indemnity required:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> € 500.000,00 | <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 | <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 |
| <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 | <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 | <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 |

11. Funzioni ricoperte (indicare esclusivamente le funzioni attualmente in corso) / Position:

FUNZIONE/ Position	ENTE DI APPARTENENZA / Affiliation	FUNZIONE/ Position	ENTE DI APPARTENENZA/ Affiliation
<input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico/ Direttore Tecnico		<input type="checkbox"/> Membro del CVS (enti sanitari)/ Direttore UOC	
<input type="checkbox"/> Dirigente Legale/ Direttore Legale		<input type="checkbox"/> Medico legale / Medico forense	
<input type="checkbox"/> Amministratore e/o consigliere di aziende a partecipazione pubblica		<input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo /Direttore Amministrativo	
<input type="checkbox"/> Ufficiale superiori / Colonnello / Generale		<input type="checkbox"/> RUP amministrativo	
<input type="checkbox"/> Magistrato		<input type="checkbox"/> Dirigente Medico/ Direttore UOS/Dirigente sanitario non medico	
<input type="checkbox"/> Presidente		<input type="checkbox"/> Dirigente della Squadra Volante /Dirigente Prefettizi	
<input type="checkbox"/> Sindaco		<input type="checkbox"/> Ufficiale Giudiziario	
<input type="checkbox"/> Superiore/Primo Dirigente (Polizia)		<input type="checkbox"/> Membro del Collegio dei Revisori / Membro del CDA / Membro del collegio sindacale	
<input type="checkbox"/> Questore /Vice Questore aggiunto / Capo Commissario/Commissario (Polizia)		<input type="checkbox"/> Ispettore Capo /Ispettore /Vice ispettore (Polizia) / Sovrintendente Capo (Polizia)	
<input type="checkbox"/> Istruttore Direttivo Tecnico		<input type="checkbox"/> Sottoufficiale (GDF)	
<input type="checkbox"/> Membro dell'Organismo di Vigilanza / Sorveglianza		<input type="checkbox"/> Consigliere degli Ordini	
<input type="checkbox"/> Amministratore Unico		<input type="checkbox"/> Commissario di Gara	
<input type="checkbox"/> Direttore di dipartimento /Capo Dipartimento / Direttore Museo		<input type="checkbox"/> Assessore	
<input type="checkbox"/> Rettore /Pro Rettore / Preside / Vice Preside / Direttore Didattico		<input type="checkbox"/> Presidente consiglio comunale / Presidente distrettuale / Presidente Municipale	
<input type="checkbox"/> Prefetto/Commissario Straordinario		<input type="checkbox"/> Sovrintendente / Vice Sovrintendente/ Assistente Capo	
<input type="checkbox"/> Ufficiale GdF		<input type="checkbox"/> Membro del CDA /Universitario /Scolastico / Componente senato Accademico	

<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario / Direttore Generale (ente sanitario)		<input type="checkbox"/> Dipendente amministrativo/ Posizione Organizzativa Amministrativa / Quadro Amministrativo	
<input type="checkbox"/> Funzionario tecnico / RUP Tecnico Posizione Organizzativa Tecnica		<input type="checkbox"/> Funzionario amministrativo NON RUP /Istruttore direttivo Amministrativo	
<input type="checkbox"/> Vice Segretario/ Vice Sindaco /Vice Presidente		<input type="checkbox"/> Ufficiale Polizia Municipale/Locale	
<input type="checkbox"/> Vice Prefetto/ Vice Commissario / Sostituto Commissario (Polizia)		<input type="checkbox"/> Segretario amministrativo di plesso	
<input type="checkbox"/> Capo di Gabinetto		<input type="checkbox"/> Responsabile di ufficio/ Responsabile operativi / Responsabile di Struttura / Responsabile della sicurezza / Capo servizio amministrativo (enti accademici)	
<input type="checkbox"/> Segretario / Segretario Generale		<input type="checkbox"/> Ufficiale rogante	
<input type="checkbox"/> Direttore Generale (Enti territoriali)		<input type="checkbox"/> Agente contabile	
<input type="checkbox"/> Data Protection Officer (DPO)		<input type="checkbox"/> Consigliere comunale regionale - provinciale	
<input type="checkbox"/> Cancelliere		<input type="checkbox"/> Infermiere/a	
<input type="checkbox"/> Tenente Colonnello /Tenente /Sotto Tenente/ Capitano /Maggiore/sotto Ufficiale		<input type="checkbox"/> Personale Medico di Reparto / Operatore sanitario	
<input type="checkbox"/> Collegio di Direzione (enti sanitari)		<input type="checkbox"/> Componente commissioni di concorso, selezioni, gare	
<input type="checkbox"/> Membro del Comitato Etico		<input type="checkbox"/> Assistente sociale	
<input type="checkbox"/> Membro organismo indipendente di valutazione		<input type="checkbox"/> Insegnante	
<input type="checkbox"/> Quadro Legale			

GARANZIE AGGIUNTIVE – ADDITIONAL GUARANTEES

12. Si richiede l'Estensione di copertura alle Cariche Cessate (Estensione di copertura 12 del testo)

Extended coverage to previous position **Si/Yes** **No/No**

In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 1 (Cariche Cessate da includere in copertura)/ If yes fill in the Attachment 1.

13. Si richiede l'Estensione ai danni materiali e corporali (Lettera B del testo) / Extended coverage to bodily injury and property damage **Si/Yes** **No/No**

N.B estensione B NON applicabile allo Staff Ospedaliero ed al personale delle Forze Armate (ad eccezione delle figure esclusivamente amministrative) – *not applicable to medical staff and army staff*

14. Si richiede l'Estensione alla responsabilità amministrativa e contabile a seguito di calunnia, ingiuria, diffamazione verso terzi (Lettera D del testo) / Extended coverage to slander and libel **Si/Yes** **No/No**

15. Sono mai state rifiutate all'assicurato o annullate dagli assicuratori coperture assicurative per

questi rischi?/ Does a cover has ever been declined to the Proposer or cancelled by the Insurers?: **Si/Yes** **No/No**

In caso di risposta affermativa, indicare dettagli/ If yes, please give details:

.....
.....

SINISTRI E/O CIRCOSTANZE– CLAIMS AND/OR CIRCUMSTANCES

16. Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?/ Has the Proposer had any claim in the past 5 years?

Si/Yes

No/No

In caso di risposta affermativa, compilare la scheda sinistro allegata (compilare una scheda per ogni sinistro dichiarato)/ If Yes, fill in the attached claim schedule (fill in one schedule each claim declared).

16. Il proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad in sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?/ Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?

Si/Yes

No/No

In caso di risposta affermativo compilare la scheda sinistro allegata indicando la data dell'evento e la descrizione dei fatti (compilare una scheda per ogni circostanza dichiarata)/ If Yes, fill in the attached claim schedule stating the date of the accident and its description (fill in one schedule each circumstance declared).

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Untruthful, inaccurate or reticent statements made by the person entitled to provide the information required for the conclusion of the contract, may compromise the right to the benefit.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di Proponente di cui al punto 1 della presente Proposta dichiara quanto segue:

- a. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. 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;
- c. 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.
- d. di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Set Informativo e segnatamente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni e le Condizioni di Assicurazione.

Data

Firma del Proponente

DECLARATION

The undersigned, as the Proposer referred to in point 1 of this Proposal declares the following:

- a. that every answer to the questions in this proposal form, after enquiry, are truthful and correct to the basis of his/her knowledge and beliefs;
- b. that, if the Parts achieve the signing of the policy in question, accept that the Proposal itself will be taken as the basis for the stipulation of the contract. In this case the questionnaire proposal will be attached to the policy becoming an integral part of it;
- c. that, in each case, if changes occur between the date of the Proposal and the issue date of the policy about the informations declared in this questionnaire, accept the obligation to notify immediatly the changes as well as the right of the insurers to retire and/or modify the estimate and/or the confirmation of coverage.
- d. to have received, carefully examined, obtained the requested clarifications, perfectly understood and accepted to have received the individual documents that compose the Information Set and in particular the Damage DIP, the Additional Damage DIP and the Insurance Conditions.

Data / Date

Firma del Proponente / Signature of the Proposer

ALLEGATO 1- ATTACHMENT 1

**CARICHE CESSATE DA INCLUDERE IN COPERTURA come da estensione di copertura
 12 del testo di polizza/ PREVIOUS POSITIONS TO BE INCLUDED IN COVERAGE**

Funzione Ricoperta/ Position	Ente di appartenenza/ Affiliation	Data inizio incarico/ Starting date	Data fine incarico/ Ending date

SCHEDA SINISTRO / CLAIM SCHEDULE

	Data dell'evento / Data of the event: _____ Data ricezione/comunicazione sinistro / Data claim made _____
	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato / Claimant name: _____
	Descrizione dettagliata dell'evento/ Loss description:
	Eventuali misure adottate dall'Assicurato per evitare eventi simili / Any measures taken by the Insured to avoid similar events :
	Attività svolta dal Proponente/Assicurato / Activity: _____
	Ammontare del danno richiesto / Claim amount : _____ Ammontare della riserva sinistro / Incurred amount: _____
	Conclusione del sinistro o stato attuale / Claim status: _____
	Nome/ Name _____ Carica/Position _____ Data / Date _____ Firma del Proponente /Signature _____

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a. Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte delle Compagnie rappresentate da LINK srl; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- b. Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e, nei casi previsti dagli accordi con gli Assicuratori, liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- c. Previo Suo consenso scritto, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Compagnie rappresentate da LINK srl; la base giuridica del trattamento è il consenso.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è:

- a. Realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b. Effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati
- c. Svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia (il cui elenco è disponibile presso il Titolare) che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di intermediazione, di assunzione dei rischi, archiviazione della documentazione assicurativa e servizi attinenti alla gestione dei sinistri, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo, periti, consulenti liquidatori indipendenti e studi legali.

3. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società di fiducia che sono nostre dirette collaboratrici le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa. Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a. obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b. obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica in uso presso le Compagnie;
- c. facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali.

- a. nei casi di cui al punto 3, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b. nel caso di cui al punto 3, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. Comunicazione dei Dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; intermediari assicurativi; legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.

Inoltre, i dati potranno essere comunicati ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Regno Unito, Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, che per conto degli Assicuratori effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 06 87815040 o all'indirizzo email link-ua@legalmail.it.

6. Diritti dell'Interessato

Informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email link-ua@legalmail.it, si potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

E' garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

E' garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. Titolare e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento dei dati personali è LINK s.r.l., con sede legale in Roma, Corso Trieste 19, Part. I.V.A. 11658671000. Il Titolare ha nominato, ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679, dei responsabili esterni del trattamento dei dati personali. L'elenco dei responsabili è disponibile presso la sede del Titolare.

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 4 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1 dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;

Data

Firma

(obbligatoria)

b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1.

Data

Firma

(facoltativa)

Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (a titolo esemplificativo, relativamente a dati genetici e biometrici, allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

E' importante che il Proponente che sottoscrive sia pienamente consapevole della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande.