TODARO INSURANCE BROKER

USPPI

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Modulo di Proposta per Legal Protection Public Officials

MODULO da inviare mezzo mail a **usppi@todarobroker.it** Per informazioni 099 7 36 36 72

Assicurato

Indirizzo

Cap Città Prov.

Tel. Abitazione Cellulare

e-mail Fax

Cod. Fiscale Libero Professionista

Partita Iva

Data di nascita Luogo di nascita Prov.

Collegio/Ordine Iscrizione Nr. Associazione

Attività

Azienda

Indirizzo

Cap Città Prov.

Tel. Fax

MASSIMALE

IMPORTO TOTALE

Effetto* **Scadenza**

La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Pagamento tramite bonifico bancario:
Intestato a : TODARO ANNA ROSA BROKER
Causale: RC PROFESSIONALE (NOME E COGNOME)
IBAN: IT15Y0101015815100000005592

Inviare copia della contabile alla mail **usppi@todarobroker.it** in allegato al questionario di seguito riportato.

Luogo e data _____ | __ | __ | ____ | _____

TODARO INSURANCE BROKER

TODARO ANNA ROSA
VIA PUGLIE, 20 - 74121 - TARANTO(TARANTO)
Tel. 0997363672 - Fax: 0997363672
P.Iva: 00469530737 - Iscrizione RUI: B000142058
anna@todarobroker.it

AmTrust LegalProtection PubblicOfficials

UA Underwriting Agency
Agenzia Generale AmTrust Europe

Modulo di Adesione per la Tutela Legale di Amministratori e Dipendenti Pubblici

Avviso importante

I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione della Tutela Legale del Personale Sanitario deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.

III. L'assicurazione è finalizzata a rendere indenne l'Assicurato dalle spese legali connesse alle imputazioni penali e/o sanzioni amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Dati del Proponente / Assicurato

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N°			

A. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Tutela Legale.

Tutela Legale: ☐ Non è mai stato assicurato ☐ È già stato assicurato con:

	NOMINATIVO	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
ANNUALITÀ IN CORSO			
PRIMO ASSICURATORE PRECEDENTE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se: ☐ Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro ☐ È stata disdetta la polizza per sinistro

☐ Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza ☐ È stato rifiutato il rinnovo della polizza

B. Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato

1) Il Contraente dichiara che, negli ultimi 5 (cinque) anni, in qualità di dipendente o amministratore della Pubblica amministrazione:
- è stato indagato in procedimenti penali o avanti la Corte dei Conti per responsabilità amministrativa,
- è stato oggetto di sentenze passate in giudicato in conseguenza di reati ai danni della Pubblica Amministrazione;
- è venuto a conoscenza di inchieste pendenti a proprio carico, di avvisi di garanzia, di inviti a dedurre o di atti di messa in mora da parte dell'Ente Pubblico di appartenenza;
- gli è stata comminata una sanzione amministrativa;
- oppure ha subito danni per i quali ha esercitato pretesa di risarcimento verso terzi.

Se anche una sola delle risposte alle casistiche riportate è affermativa, quotazione riservata alla direzione

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici,14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Adesione per la Tutela Legale di Amministratori e Dipendenti Pubblici

B.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti azioni legali

Indicare se sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale, amministrativa o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

B.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale, amministrativa o deontologica negli ultimi 5 anni.

☐ NO negli ultimi 5 anni ☐ SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti B.1 e B.2 del presente modulo si rammenta al proponente assicurato quanto disposto al punto II della sezione "Avviso Importante"

C. Attività svolta dal Proponente/Assicurato

CARICHE ASSICURATE

Indicare su ogni riga le cariche che si vogliono assicurare (in riferimento alla tabella premi : es. B - sindaco – 1 - comune di Milano – MI)

LETTERA	DESCRIZIONE CARICA	N°	DESCRIZIONE ENTE	Prov.

Retroattività ☐ 10 anni ☐ Illimitata

MODULO BASE

Massimale prescelto:

☐ Euro 50.000,00 ☐ Euro 60.000,00

MODULO COMPLETO

Massimale prescelto:

☐ Euro 60.000,00 ☐ Euro 70.000,00 (*) ☐ Euro 80.000,00 (*)

(*) con il limite di Euro 60.000,00 per la Responsabilità Amministrativa, Amministrativa-Contabile e Giudizio di Conto

GARANZIE ACCESSORIE

☐ B – estensione delle garanzie della convenzione a cariche pregresse

☐ C – attività di membro di commissione

☐ D – estensione piena periodo efficacia retroattiva in caso di cessazione totale dell'attività presso qualsiasi pubblica amministrazione

D. Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company
AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici,14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Adesione per la Tutela Legale di Amministratori e Dipendenti Pubblici

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

E. Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

1. Il Proponente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. Il Proponente / Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Adesione NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. Il Proponente / Assicurato dichiara di aver preso atto che è un contratto di assicurazione finalizzato alla copertura delle spese legali connesse ad imputazioni penali o sanzioni amministrative avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi entro il Periodo di Retroattività.
4. Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:
   a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
   b. Condizioni di Assicurazione;
   c. Modulo di Adesione.

Il Proponente / Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D. Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione _____ *, li* __/__/____ *Il Proponente / Assicurato* _____

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company
AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici,14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Adesione per la Tutela Legale di Amministratori e Dipendenti Pubblici

SCHEDA SINISTROSITÀ PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO[1]

La presente scheda non deve essere restitutita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi del Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti B.1 e B.2 dell'adesione

1) Indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto B.1. e B.2 del questionario:

- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- ☐ Ricevimento di istanza di mediazione
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Altro (specificare)_____

2) Indicare la tipologia del sinistro:

- _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato_____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

3) Precisi il proponente se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI NO

Se si:
Imputazione:_____

Stato e grado del procedimento:_____

[1] **La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti B.1. e B.2 della allegata adesione, di cui costituisce parte integrante.**

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company
AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici,14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Adesione per la Tutela Legale di Amministratori e Dipendenti Pubblici

SCHEDA SINISTROSITÀ PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

4) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi l'assicurato l'esito dello stesso:

☐ Condanna a *(specificare)*_____

☐ Patteggiamento *(specificare)*_____

☐ Assoluzione

☐ Proscioglimento

☐ Non luogo a procedere

☐ Prescrizione

☐ Amnistia e indulto

☐ Decreto penale di condanna

5) Precisi il proponente se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della adesione.

6) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il proponente esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla adesione stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate:_____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust Europe Limited.
Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome:_____Cognome:_____

Data:_____Firma:_____

AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company
AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici,14 - 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043