



Proposta di Assicurazione per Enti Pubblici contraenza Ente
Proposal Form for Local Authorities

AVVISO IMPORTANTE/IMPORTANT WARNING

- (1) La presente proposta deve essere compilata a penna da un Membro della Giunta delegato dagli altri. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.
This proposal form should be completed in ink by a duly authorised member of the Council. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply fully and frankly. The proposal form must be signed and dated.
- (2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inoperante qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Policy or result in prejudice to your rights in the event of a claim.
- (3) POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE
THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS
La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:
 - i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.
 - Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".
 - This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance, provided that the Underwriters are notified thereof during the period of insurance.
 - The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance, except where specified under "Extended Discovery Period"

Nota per la compilazione: ove le domande propongano una risposta con opzioni predefinite barrare quella scelta

Informazioni Generali Riguardanti il Proponente/General Information on the Proposer

Denominazione/Name of Proposer	ASTRAL SpA
Partita IVA	07244131004
Codice Fiscale	
Indirizzo/Address	VIA DEL PESCACCIO 96/98
Città e Provincia	ROMA
CAP	00166
Pec Email o Fax	protocollo@astral@pec.astralspa.it
Retribuzioni Lorde	7.080.562,80
Numero Abitanti/Number of inhabitants (rispondere solo nel caso di Comune)	/

Funzione ricoperta Position held	Indicare la funzione che si intende assicurare Indicate if to be insured or not		Numero Persone Assicurate N. of persons to be insured
	Si	No	
Presidente – Sindaco President – Mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vice Presidente – Vice Sindaco Vice President – Deputy Mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Funzionario Officer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assessori Councillor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consiglieri Board Member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Direttore Generale /Direttore Amministrativo Managing Director	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Segretario Comunale General Secretary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dirigenti/Responsabili di Posizione Director	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agenti contabili Accountant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Revisori Auditor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tecnici/Progettisti Technical Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responsabile Unico del Procedimento RUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responsabile della Polizia Municipale Municipal Police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dipendente Legale/ Avvocato Legal Employee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ufficiale Rogante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1) Il Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo? Has the Proposer ever had insurance cover of this kind?

Si No

Con quale Compagnia/Name of Insurance Company:	LOYD'S
Per quale massimale/Limits of liability:	10.000.000,00
Con quale scadenza/Expiry date:	30.06.2016

2) Sono mai state rifiutate all'Assicurato o annullate dagli Assicuratori coperture assicurative per questi rischi?
Has the Proposer ever had cover refused or cancelled by Insurers of these risks?

Si No

Se si, specificare/If Yes, give details:	
--	--

3) Il Proponente è a conoscenza di:

a) aver risarcito danni o aver ricevuto richieste di risarcimento (accettate o respinte) in relazione ai rischi coperti dalla stipulanda polizza negli ultimi 5 anni?/Is the Proposer aware, after enquiry, of any claim which involves any of the Insured persons and which would have been covered under the policy to be issued?

Si No

b) dell'esistenza di circostanze o eventi che possano dare origine a richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze commesse dal soggetto per cui la copertura assicurativa viene resa operativa?/ The existence of circumstances or events that may give rise to claims for errors, omissions or negligence committed by the subject for which insurance cover is made operational?

Si No

Se si compilare scheda sinistro allegata/If "yes" please provide attached claim form-

COME DA STATISTICA SINISTRI ALLEGATA

4) Massimale richiesto (per periodo assicurativo)/Limit of liability requested (for annual aggregate);

EURO	100.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	250.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	500.000,00	<input type="checkbox"/>
EURO	750.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	1.000.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	1.500.000,00	<input type="checkbox"/>
EURO	2.000.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	2.500.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	3.000.000,00	<input type="checkbox"/>
EURO	4.000.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	5.000.000,00	<input type="checkbox"/>	EURO	10.000.000,00	<input checked="" type="checkbox"/>

5) Retroattività/ Retroactivity date;

Data effetto polizza/Date Inception	SI	NO
1 anni/1 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 anni/2 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 anni/3 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 anni/4 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 anni/5 years	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illimitata/Unlimited	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retroattività dal/Retroactivity from		

6) Postuma/Discovery period;

	SI	NO
Nessuna/No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 anni/2 years	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 anni/5 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Dati sugli Assicurandi/Information on the Persons to be insured

ELENCO/LIST

Nominativo/Name	Data di conferimento/Date appointed	Funzione ricoperta/Position

AVVERTENZA

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

DICHIARAZIONE/DECLARATION

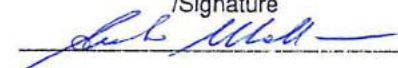
Il sottoscritto, in qualità di Membro e/o Consigliere di cui al punto 1 (a) della presente Proposta dichiara quanto segue/The undersigned, as a member of the governing board/board of directors as indicated in point 1(a) of the Proposal Form, declares that:

1. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 1 della presente proposta
he/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer as specified in point 1;
2. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
AFTER HAVING MADE CAREFUL ENQUIRIES, the answers contained in this Proposal Form and the attached Claims Declaration Form are, to the best of his/her knowledge, accurate and truthful
3. di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta
he/she has read and understood the informative note printed at the beginning of the Proposal Form
4. 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 cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the Proposer agrees that this Proposal Form will form the basis of the contract and will form a part of the Policy itself
5. 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.
if, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any circumstances alter the information contained in the Proposal Form, the Proposer agrees notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover
6. di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo. Received, examined carefully, obtained the necessary clarifications, fully understood and accepted the "Securities Note", the Insurance Conditions", the Glossary that, with this proposal form of insurance, form an integral part of Informational Booklet

Qualifica/Position	
--------------------	--

Data/Date

Firma dell'Assicurando
/Signature



E' importante che il Proponente ed il Membro della Giunta e/o del Consiglio autorizzato a sottoscrivere per conto la Dichiarazione sopra indicata siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande

SCHEDA SINISTRO

N.B.: i fatti descritti nella presente scheda verranno presi in considerazione unicamente per la valutazione del rischio; qualora si intenda denunciare un sinistro, si prega di compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

1	Data del Sinistro/Date Of Loss Data ricezione comunicazione sinistro/Date Of Notification Data del sinistro
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato/ Claimant
3	Descrizione dettagliata del sinistro / Claim Summary
4	Attività svolta dal Proponente/Assicurato in riferimento al sinistro/ Professional Service Carried Out By The Insured In Respect Of The Claim
5	GROSS CLAIM Ammontare del danno richiesto Euro LOSS RESERVE Eventuale Riserva della Compagnia Euro
6	Il sinistro è coperto dalla precedente polizza assicurativa?/Is the claim payable under a previous policy?
7	Conclusione del sinistro o stato attuale/Claim Status
8	Nome/Name Qualifica/Position Data/Date Firma/Signed on