

TUTTI I DIPENDENTI, GLI AMMINISTRATORI DEL COMUNE
E TUTTI COLORO CHE OPERANO PER CONTO DEL COMUNE

<i>Funzione ricoperta Position held</i>	<i>Indicare la funzione che si intende assicurare/Indicate if to be insured or not</i>		<i>N. Persone Assicurate N. of persons to be insured.</i>
<i>Presidente – Sindaco President – Mayor</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Vice Presidente – Vice Sindaco Vice President – Deputy Mayor</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Commissario straordinario Extraordinary Commissioner</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Funzionario Officer</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Assessori Councillor</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Consiglieri Board Member</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Direttore Generale/ Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo Managing Director</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Segretario General Secretary</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Dirigenti / Responsabili di posizione Director</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Agenti contabili Accountant</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Revisori Auditor</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	N.B. non possibile assicurarli
<i>Ufficiale Rogante</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Tecnici/Progettisti Technical Employee</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Responsabile Unico del Procedimento RUP di area <u>Tecnica</u></i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Responsabile Unico del Procedimento RUP di area <u>Amministrativa</u></i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Responsabile della Polizia Municipale Municipal Police</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Chimico Chemist</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Geologo Geologist</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Preside Headmast</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Dipendente Legale Legal Employee</i>	<i>Si</i> <input type="checkbox"/>	<i>No</i> <input type="checkbox"/>	

2) *Il Contraente ha avuto altre polizze di questo tipo?/Has the Proposer ever had insurance cover of this kind?*
Si *No*

Se sì, specificare/If Yes, give details:

Con quale Compagnia?/Name of Insurance Company AIG

Per quale massimale/Limits of liability € 1.000.000 = PER SINISTRO E
€ 2.000.000 = PER ANNO

Con quale scadenza /Expiry date 30/06/2014

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 to notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover*

Firma/Signature _____

Qualifica/Position _____

Data/Date _____

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

1	Data del sinistro ? <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">2012</div>
2	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato?
3	Descrizione dettagliata del sinistro? PRESUNTO DANNO ERARIALE
4	Se gli Assicurandi sono coinvolti specificare il nominativo e l'attività svolta?
5	Ammontare del danno richiesto? Euro
6	Conclusione del sinistro o stato attuale?
7	Firmato in nome del Proponente Name Carica Date

Data

Firma dell'Assicurando