

MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE IN FORMA INDIVIDUALE PER LA COPERTURA DEI RISCHI DI COLPA GRAVE AMMINISTRATIVA E/O AMMINISTRATIVO/CONTABILE

DATI PROPONENTE

COGNOME E NOME		E-MAIL ¹		
INDIRIZZO (RESIDENZA)		LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

DECORRENZA DELLA COPERTURA

Indicare la data di decorrenza richiesta per questa Polizza

DATA DI DECORRENZA (ore 24:00)	TACITO RINNOVO
	SI

LISTA ATTIVITÀ

Indicare con una X nel box corrispondente alla/e carica/cariche ricoperta/e, attualmente in corso e per cui viene richiesta copertura, ed il corrispettivo Ente di Appartenenza.

CARICA	ENTE DI APPARTENENZA
☐ Agente Contabile/Tesoriere	
☐ Alto Ufficiale (da grado "Colonnello" in su)	
☐ Assessore	
☐ Assistente Sociale	
☐ Capo Gabinetto	
☐ CDA di Istituzioni scolastiche e culturali / fondazioni non economiche / casse e ordini professionali	
☐ Componente Nucleo di Valutazione / OIV	
☐ Consigliere Provinciale/Area Metropolitana	
☐ Consigliere Regionale	
☐ Consiglieri delle Federazioni Sportive	
☐ Consiglieri Ordini professionali	
☐ Dipendente Amministrativo	
☐ Dipendente di ufficio tecnico senza progettazione	
☐ Dipendente Tecnico con progettazione	
☐ Direttore Amministrativo/Finanziario	
☐ Direttore Generale di Regione	
☐ Direttore Generale Unico	
☐ Direttore Universitario (Generale e Amministrativo)	

CARICA		ENTE DI APPARTENENZA
☐	Direttore/Responsabile di dipartimento /divisione / direzione, con potere di impegno e gestione della spesa	
☐	Direttore/Responsabile di dipartimento / divisione / direzione, senza potere di impegno e gestione della spesa	
☐	Dirigente Amministrativo	
☐	Dirigente Legale con Procura	
☐	Dirigente Tecnico	
☐	Magistrato	
☐	Membri ODV / Consiglio di sorveglianza / Membro del collegio di gestione / Comitato di gestione	
☐	Membro giunta Camera di Commercio	
☐	Organo di vertice e suo Vice (es. Sindaco Comune, Presidente, Amministratore Unico, Rettore, Comandante, Prefetto, Commissario Straordinario, Liquidatore, ecc)	
☐	Parlamentare	
☐	Polizia Locale / Consigliere Comunale / Municipio / Circoscrizione	
☐	Posizione Organizzativa	
☐	Presidente/Membri CDA/Collegio sindacale/Revisori	
☐	RUP	
☐	Segretario Comunale/Provinciale/Generale	
☐	Sotto Ufficiale	
☐	Ufficiale	

Il Proponente dichiara che gli incarichi/cariche sopra indicati costituiscono l'insieme completo delle attività per le quali viene richiesta copertura assicurativa.

CARATTERISTICHE DELLA COPERTURA RICHIESTA

MASSIMALE (per Sinistro e per Periodo di Assicurazione):	
☐	€ 1.000.000,00
FRANCHIGIA:	
Zero	
RETROATTIVITÀ:	
☐ 10 ANNI	☐ ILLIMITATA (con applicazione e pagamento di sovrappremio)
PRIMO / SECONDO RISCHIO:	
☐ Copertura di "Primo Rischio"	☐ Copertura di "Secondo Rischio"
ESTENSIONE SEZIONE II - TUTELA LEGALE:	
Il Proponente richiede di estendere la copertura di Polizza alla garanzia di Tutela Legale? SI ☐ NO ☐	

COPERTURE PRECEDENTI

Il Proponente, relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza, richiede copertura:

Selezionare l'opzione pertinente, e compilare la sezione sottostante

☐ **In continuità con precedente copertura**

In caso di risposta affermativa indicare:

Compagnia: _____

Data di Scadenza: ____ / ____ / ____

☐ **Senza continuità ma sulla precedente copertura per Colpa Grave cessata è stata attivata una copertura postuma – Ultrattività che copre l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza**

In caso di risposta affermativa indicare:

Compagnia: _____

Data di Decorrenza Ultrattività: ____ / ____ / ____

Durata periodo di Ultrattività: _____ anni

☐ **Senza continuità con precedente copertura (non assicurato)**

SINISTRI PREGRESSI

I. Data di accadimento

Data di ricezione

Eventuale somma liquidata

Eri assicurato?

☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata

Breve descrizione del sinistro

II. Data di accadimento

Data di ricezione

Eventuale somma liquidata

Eri assicurato?

☐ NO ☐ SI (Indicare l'Assicuratore)

Eventuale somma reclamata

Breve descrizione del sinistro

FATTI NOTI / CIRCOSTANZE

I. Data del fatto noto e/o circostanza	___ / ___ / ____
Breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	
II. Data del fatto noto e/o circostanza	___ / ___ / ____
Breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	

DETERMINAZIONE DEL PREMIO

COLPA GRAVE				
PREMIO DI RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	FRAZIONAMENTO
(includere imposte del 22.25%)	(includere imposte del 22.25%)			
TUTELA LEGALE (garanzia accessoria opzionale)				
PREMIO DI RATA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	FRAZIONAMENTO
(includere imposte del 21.25%)	(includere imposte del 21.25%)			
PREMIO COMPLESSIVO				
TOTALE PREMIO DI RATA	TOTALE PREMIO ANNUO	DECORRENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	SCADENZA DEL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA COPERTURA	FRAZIONAMENTO
(includere imposte di legge)	(includere imposte di legge)			

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “*Mod. 178 26 Set Informativo COLPA GRAVE SETTORE PUBBLICO - Ed. 01.04.2026*” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione “*Mod. 478 26 Condizioni di Assicurazione COLPA GRAVE SETTORE PUBBLICO - Ed. 01.04.2026*”;
- (C) Formulazione temporale dell'assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 511 23 Informativa Clienti - Ed. 07.03.2025** e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy; pertanto, **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Data

FIRMA