Proposta di Assicurazione per Enti Pubblici
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 proposera 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 invalidabile 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 e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

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 and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances 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 Declaration Period"

1. *Dati Generali riguardanti il Proponente/**General information on the Proposer**:*

*Denominazione/**Name**:* ASP CITTA' DI BOLOGNA

*Indirizzo/**Address**:* VIA MARSALA 9 *-Cod. Fiscale:* 03337111201

*N. Abitanti/**N. of inhabitants**:* _____ *(rispondere solo nel caso di Comune)* ***(reply only if Municipality)***

*Fatturato/**Turnover*** € 81.248.482 *(in milioni)* ***Esercizio/Year:*** 2020
*(Per il fatturato rispondere solo nel caso di Aziende Speciali e Consorzi/**Special Agencies and Consortia only**))*

*Data di chiusura del bilancio/**Date of closure of accounts**:* 30/04/2021

Funzione ricoperta **Position held**	*Indicare la funzione che si intende assicurare/* **Indicate if to be insured or not**	*N. Persone Assicurate* **N. of persons to be insured.**
Presidente – Sindaco **President – Mayor**	*Si* ☒ *No* ☐	1
Vice Presidente – Vice Sindaco **Vice President – Deputy Mayor**	*Si* ☐ *No* ☒	
Assessori **Councillor**	*Si* ☐ *No* ☒	
Consiglieri **Board Member**	*Si* ☐ *No* ☒	
Direttore Generale **Managing Director**	*Si* ☒ *No* ☐	1
Segretario **General Secretary**	*Si* ☐ *No* ☒	
Dirigenti **Director**	*Si* ☒ *No* ☐	8
Funzionari **Officer**	*Si* ☒ *No* ☐	26
Quadri **Junior Officer**	*Si* ☒ *No* ☐	77
Impiegati **Clerk**	*Si* ☒ *No* ☐	98
Operai **Workman**	*Si* ☒ *No* ☐	8

PERSONALE ASSISTENZA (OSS, INFERMIERI, ECC) 185

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 ofInsurance Company*** XL INSURANCE

*Per quale massimale/****Limits of liability*** 1.500.000 per sinistro - 5.000.000 aggregato annuo

*Con quale scadenza /****Expiry date*** 30/4/2022

3. *Sono mai state rifiutate alla Proponente 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****:*

4. *Precisare se siano mai stati avanzati reclami nei confronti del Proponente o degli Assicurandi sia pure relativamente a precedenti mandati:*
Please state whether any claims have ever been made against the Proposer or the Insured Persons, even during previous mandates

Si ☒ *No* ☐

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

Controversie diritto del lavoro

5. *Le persone Assicurande o il Proponente sono a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento?*
Are the Proposer or the Persons to be insured aware of any circumstances which may give rise to a claim under the Policy?

Si ☐ *No* ☒

*In caso affermativo fornite dettagli/**If Yes, give details***

6. *Massimale richiesto (per assicurato e periodo assicurativo)/**Limit of liability requested(per Person and per annum in the aggregate)***

€ 1.500.000 per sinistro; € 5.000.000 aggregato annuo

7. *Dati sugli Assicurandi/**Information on the Persons to be insured***
*ELENCO/**LIST***

*Nominativo/**Name***	*Data di conferimento/**Date appointed***	*Funzione ricoperta/**Position***
NON SI FORNISCONO NOMINATIVI		
LE CATEGORIE ASSICURATE E I NUMERI SONO AL PUNTO 1		
IN TABELLA		

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 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 nonchè 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 modifiy their quotation or confirmation of cover

*Firma**Signature* Francesco Bonomo

*Qualifica/**Position* RESPONSABILE SERVIZIO GARE, APPALTI, SERVIZI E FORNITURE

*Data/**Date* 19/01/2022

** La persona autorizzata a sottoscrivere il presente questionario dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c., che, per quanto in sua conoscenza in relazione alle funzioni espletate, le affermazioni precedentemente riportate sono veritiere e che qualora insorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli dara' immediata notifica di tali modifiche, e la societa' assicuratrice potra' ritirare oppure modificare la propria proposta e/o conferma di copertura.*
Gli assicuratori non risponderanno per fatti o circostanze pregresse già note all'Assicurato e/o al Contraente e/o denunciate prima dell'inizio della presente polizza;

Il presente questionario ed ogni suo allegato possono essere parti integranti della polizza.