

MODULO DI ADESIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE IN CONVENZIONE PER GLI AGENTI NOTIFICATORI
 POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI PER PERDITE PATRIMONIALI
 COPERTURA ASSICURATIVA INDIVIDUALE AD ADESIONE

PROPOSTA – QUESTIONARIO

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del dichiarante relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt.1892, 1893, 1894 C.C.).

1. DATI RIGUARDANTI L'ASSICURATO:

Nome e Cognome	
Indirizzo	
Codice Fiscale	
Funzione	AGENTE NOTIFICATORE
Ente di Appartenenza	
Data assunzione dell'incarico	
Durata incarico	

2. INFORMAZIONI RIGUARDANTI I PRECEDENTI ASSICURATIVI ED I SINISTRI:

- L'ASSICURATO È A CONOSCENZA DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO FATTE DA TERZI ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO ?	SI	NO
Se si specificare:		
- L'ASSICURATO È A CONOSCENZA DI FATTI O CIRCOSTANZE CHE ABBIANO CAUSATO O POSSANO CAUSARE DANNI A TERZI O LORO RICHIESTE DI RISARCIMENTO DURANTE LA DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE ?	SI	NO
Se si specificare:		
- SONO MAI STATE ANNULLATE DAGLI ASSICURATORI COPERTURE ASSICURATIVE PER QUESTI RISCHI ?	SI	NO
Se si specificare:		
- NEGLI ULTIMI 5 ANNI SONO STATE PRESENTATE DENUNCE AL PROCURATORE REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI, AI SENSI DELLE NORME IN VIGORE, NEI SUOI CONFRONTI ?	SI	NO
Se si specificare:		

3. DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA:

dalle ore 24.00 del 31/12/2020

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto, con riferimento al contratto/convenzione n. , presa visione delle condizioni di assicurazione, che dichiara di conoscere e accettare, **ADERISCE** a quanto proposto e **CHIEDE** quindi l'attivazione della copertura assicurativa nei termini sopra riportati. Il sottoscritto dichiara anche di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione relative alla polizza di assicurazione della responsabilità civile verso terzi per perdite patrimoniali (copertura assicurativa individuale ad adesione della responsabilità amministrativa e contabile e per colpa grave) in essere tra Autonomos Srl – Messo Comunale, U.I.A. Underwriting Insurance Agency Srl [Coverholder at Lloyd's] ed i Lloyd's. Ai sensi e per gli effetti del disposto degli artt. 1892, 1893 del C.C. il sottoscritto dichiara di non essere a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di causare o di aver causato danni rientranti nell'oggetto del contratto di assicurazione, e di non aver sottaciuto alcun elemento influente per la valutazione del rischio. Il sottoscritto dichiara che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità.

DATA COMPILAZIONE ____/____/____ FIRMA _____