



Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:
e-mail: **servizientrate@uilpa.it**

CONVENZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
per gli iscritti al Sindacato UIL Pubblica Amministrazione
Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 350422182
Annualità 31.10.2015 – 31.10.2016

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il / La sottoscritto / a,
nato / a il/...../.....,
residente in Prov..... CAP.....,
via / piazza, n°,
codice fiscale,
indirizzo e-mail,
telefono fisso telefono mobile,
iscritto al Sindacato UIL PA con tessera valida in qualità di
(indicare inquadramento professionale),
presso Agenzia delle Entrate nella Sezione di:
.....

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

(A) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 350422182 di cui il sottoscritto ha preso visione;

(B) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;

(C) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano



concretizzati con notifica certa e/o richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



Data FIRMA

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) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 350422182;**
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";**
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.**



Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di Innovazione Insurance Brokers Srl, in Via Fieschi 6/5, 16121 Genova.

Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.



In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto.



Data FIRMA

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI:

- essere iscritto al **Sindacato UIL PA con tessera valida n°.....**,
- aver regolarmente versato il premio pari ad **€ 20,00 secondo le seguenti modalità:**

BENEFICIARIO: INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.

IBAN: **IT 73 E 03069 01400 100000069921**

NUMERO di transazione (si prega di allegare copia del bonifico):

CAUSALE: Convenzione UIL PA, Nome, Cognome, data di nascita (**da riportare esattamente come indicato**)



Luogo Data

FIRMA



**Estratto Condizioni “Convenzione RC Colpa Grave UIL PA”
Personale del Comparto delle Agenzie delle Entrate ed Agenzie delle Dogane e Monopoli
Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 350422182**

- . Polizza Integrativa: La Polizza opera quale integrazione facoltativa alla Polizza gratuita compresa nel tesseramento.
- . Assicuratore: Generali Italia S.p.A.
- . Chi può aderire facoltativamente: Ciascun Iscritto UIL PA a qualsiasi titolo inquadrato presso Agenzie delle Entrate ed Agenzie delle Dogane e Monopoli, escluso tutto il personale Dirigente
- . Oggetto dell'Assicurazione: L'Assicuratore in base alle Norme e Condizioni di cui alla presente Polizza si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto dallo stesso dovuto, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto od in parte responsabile, con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato, verificatisi durante lo svolgimento delle Sue funzioni. In tal senso vengono considerati sinistro:
 - la comunicazione con la quale l'Ente Pubblico o la sua Impresa Assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave
 - l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'Oggetto di questa Assicurazione;
- . Forma Contrattuale: “Claims Made”. In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l'Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.
- . Retroattività: 1 Gennaio 2010 (data di inizio copertura dell'attività professionale esercitata).
- . Massimale: € 1.000.000 per sinistro ed annualità assicurativa (€ 900.000 per sinistro e per anno assicurativo in eccesso ad € 100.000 per sinistro e per anno assicurativo già compresi nel tesseramento UIL PA).
- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell'Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall'Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.
- . Franchigia: nessuna
- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell'art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall'intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407. Innovazione Insurance Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L'intermediario è soggetto al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).

IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker assicurativo al quale è assegnata la Polizza entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. La denuncia dovrà contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il Nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Alla denuncia devono far seguito, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

L'invio della documentazione potrà essere effettuata ai seguenti recapiti:

Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova

e-mail: ...colpgrave@innovazionebrokers.com.... il contatto telefonico per informazioni : 010/0980407