



RESPONSABILITA' CIVILE PATRIMONIALE DIRIGENTI  
ISCRITTI ALLA DIRSTAT  
RICHIESTA DI EMISSIONE DELLA COPERTURA  
"RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA – COLPA GRAVE"

Il sottoscritto,

nome e cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

qualifica ricoperta (incarico) \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

richiede la copertura assicurativa per quanto in oggetto.

Il premio di € 120,00 (centoventi) viene versato a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente intestato a Sara Assicurazioni Spa Ag. Federici/Urbanì; IBAN IT91C0306903248100000004504 presso INTESA SANPAOLO con la causale "assicurato \_\_\_\_\_ (nome e cognome) estensione colpa grave DIRSTAT"

Massimale Assicurato € 3.000.000,00  
Franchigia € 1.500,00

Desidero che il documento assicurativo mi venga inviato al seguente indirizzo mail:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

La presente richiesta di copertura è condizionata alla compilazione dell'unito questionario che deve essere inoltrato congiuntamente tramite e-mail a : **ag6132@saraagenzie.it** . La compagnia assicuratrice si riserva l'accettazione dell'adesione alla copertura assicurativa in relazione alle risultanze del questionario stesso.



Sara Assicurazioni Spa  
Agenzia 6132  
Viale Pinturicchio, 23/A  
00196 Roma  
Tel./Fax. 06.3234388

**QUESTIONARIO  
COLPA GRAVE E RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA**

- 
1. Il richiedente ha già altre polizze per R.C.Patrimoniale Colpa Grave?  
sì  no   
Se sì, indicare il nome della società assicuratrice, il massimale annuo, la data di decorrenza quella di scadenza ed il premio annuo netto : .....
  2. Sono mai state rifiutate al proponente o annullate dagli assicuratori, coperture assicurative per questo rischio?  
sì  no   
Se sì, fornire dettagli : .....
  3. Si sono mai verificate perdite o sono state mai avanzate richieste di risarcimento nei confronti del richiedente negli ultimi 3 anni?  
sì  no   
Se sì, fornire dettagli : .....
  4. Il richiedente è a conoscenza di qualsiasi fatto/circostanza che possa dare luogo a richieste di risarcimento nei suoi confronti?  
sì  no   
Se sì, fornire dettagli : .....
  5. Il richiedente dichiara di essere iscritto alla DIRSTAT

Firma .....

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il modulo di adesione alla Convenzione RC Patrimoniale con Sara Assicurazioni e quanto contenuto nel presente modulo di proposta che forma parte integrante del precedente e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base al contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Il sottoscritto si dichiara inoltre disponibile ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto dichiarato che avvenga successivamente alla compilazione del modulo di adesione e della presente proposta.

Firma dell'Assicurato ..... data .....

“Codice della Privacy” (Art. 13 D.L. N.196/03) – il ‘trattamento’ dei ‘dati personali e ‘sensibili’ riferito all’Assicurato è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di mediazione assicurativa di cui alla Legge 792/84. Detto trattamento potrà essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici. Nel confermare che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione ma potranno essere soggetti a ‘trasferimento’, precisiamo che il “titolare del trattamento” è SARA ASSICURAZIONI SpA con l’ausilio anche di società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale ‘assenso’ scritto al ‘trattamento’ dei suddetti dati.

Firma dell'Assicurato .....