

# CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

## MODULO DI PROPOSTA RC PROFESSIONALE DPO – DATA PROTECTION OFFICER

Compagnia/e con la/e quale/i intende assicurarsi:

☐ LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.

☐ TOKIO MARINE HCC

### Sezione A: DATI PROPONENTE

#### SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA IL CURRICULUM VITAE DEL/I DPO.

1) Professionista individuale ☐ \*Studio Associato/Società ☐ Dipendente privato ☐ Dipendente pubblico ☐

Cognome e Nome/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_

Data inizio attività \_\_\_\_\_ Costituzione persona giuridica \_\_\_\_\_

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

Specificare i clienti per il quale si svolge l'attività di Dpo \_\_\_\_\_

\*In caso di Studio Associato/Società indicare le generalità di ciascun professionista che si intende assicurare per l'attività di Dpo:

| COGNOME E NOME | PROFESSIONE | CODICE FISCALE | DATA INIZIO INCARICO | MANSIONE RICOPERTA NELLO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETÀ | D                        | S                        |
|----------------|-------------|----------------|----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                |             |                |                      |                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                |             |                |                      |                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                |             |                |                      |                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Legenda: D-DIPENDENTE

S-SOCIO

| Se dipendente pubblico, il professionista fa parte di un organo di vertice? |             |                |                      |                              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ENTE DI APPARTENZA                                                          | PROFESSIONE | CODICE FISCALE | DATA INIZIO INCARICO | MANSIONE RICOPERTA NELL'ENTE |                             |                             |
|                                                                             |             |                |                      |                              |                             |                             |

### Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

2) Massimale richiesto 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ 1.500.000,00 € ☐ 2.000.000,00 € ☐ altro € \_\_\_\_\_ ☐

3) Modalità di rinnovo:

- Automatico (solo per polizze Lloyd's) Si ☐ No ☐
- Tacito (solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si ☐ No ☐

4) Estensione territoriale EU, Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino

5) Periodo di retroattività Data di decorrenza \_\_\_\_\_

6) Se il Contrante non è dipendente pubblico, indicare i fatturati totali e quelli relativi alla specifica attività di DPO:

|                                              | ANNO PRECEDENTE 2... | (STIMA) ANNO CORRENTE 2... |
|----------------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| FATTURATO TOTALE SOCIETARIO                  | € _____              | € _____                    |
| FATTURATO/COMPENSO DPO                       | € _____              | € _____                    |
| Altro: mansioni specifiche (precisare) _____ | € _____              | € _____                    |

7) Estensione RC conduzione studio Si ☐ No ☐

### Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI

8) Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? \_\_\_\_\_

9) L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si ☐ No ☐

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza \_\_\_\_\_

10) Se per il medesimo rischio è già in corso un'assicurazione, quale tipologia di polizza in secondo rischio è richiesta?

DIL (DIFFERENT IN LIMIT) ☐ DIL+DIC (DIFFERENT IN LIMIT AND CONDITIONS) ☐

Si prega di allegare copia integrale della polizza in corso.

11) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Si ☐ No ☐

Se sì, fornire dettagli \_\_\_\_\_

### Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE

12) Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Si ☐ No ☐

13) Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Si ☐ No ☐

In caso di una o più risposte affermative (alle domande 12-13) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.

# CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

## IMPORTANTE

CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

## NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è CUNEO ASSICURAZIONI DI PEDRONI ENDY con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

## AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

## DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

# CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

Da compilare solo in caso di risposta affermativa alle domande della Sezione D (12-13)

## SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

## SEZIONE F: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale circostanza - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma