



**QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA ASSICURAZIONE DPO**

**NOTE IMPORTANTI AL PROPONENTE:**

I sottoscrittori non potranno prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e, qualora lo spazio non fosse sufficiente, si utilizzi il foglio bianco "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE" Allegato n.1. Le risposte alle domande del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda al firmatario del presente modulo di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete o reficenti relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo.

In questo Modulo di proposta, con il termine Contraente si intende il singolo professionista o la società indicata di seguito che contrae la polizza a favore di un singolo, deputato a svolgere l'attività di DPO, che è dipendente della stessa.

**Informazioni sul Contraente**

Nome e Cognome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale e partita iva \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email del Contraente (\*campo obbligatorio) \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

L'Assicurato per l'attività di DPO è dipendente aziendale?  SI  NO

Se SI, indicare nome, cognome e codice fiscale del DPO \_\_\_\_\_

Mansione ricoperta dal dipendente all'interno dell'azienda \_\_\_\_\_

Specificare gli Enti per i quali l'Assicurato svolge l'attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se ci si avvale di eventuali professionisti/consulenti che hanno un rapporto contrattuale di collaborazione col Proponente e si intende tenerli assicurati nell'ambito di tale rapporto, indicarne nome completo e codice fiscale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se l'assicurato è libero professionista, indicazione dei fatturati prodotti dall'Assicurato e relativi alla specifica attività di DPO:

a) Totale fatturato nell'anno precedente \_\_\_\_\_

b) Totale fatturato per l'anno in corso (stima) \_\_\_\_\_

**Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo:**

€ 500.000,00  € 1.000.000,00  Altro massimale: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Si prega di allegare al presente Questionario/modulo di proposta il Curriculum Vitae dell'Assicurato.**

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo a un Reclamo risarcibile ai termini della polizza?

Si  No

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero di sinistri per Responsabilità Civile Professionale avuti dal Proponente, dai suoi associati e dai professionisti indicati nella sezione **Informazioni sul Contraente** negli ultimi 5 anni: \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa, fornirne i dettagli di ogni singolo sinistro compilando l'Allegato 1 fornendo i seguenti dati: data della richiesta di risarcimento, nominativo del reclamante, ammontare della richiesta d'indennizzo fornendo una descrizione dettagliata dello stesso.

Data \_\_\_\_\_ Nome e funzione di chi firma \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti assicurati 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 presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili a informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA. La firma del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

### IMPORTANTE

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

### NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

UIA 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 sia per l'assicuratore, ma qualora le parti giungano 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.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - 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 U.I.A. SRL 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
_____	_____	_____

**Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'IVASS.**

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____

**ALLEGATO N°1 - FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"**

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

---

---

---