



PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

**RESPONSABILITÀ CIVILE
PROFESSIONALE**

DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI CONTABILI
CONSULENTI DEL LAVORO
TRIBUTARISTI - SOCIETÀ DI EDP

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI CONTABILI CONSULENTI DEL LAVORO - TRIBUTARISTI – SOCIETA' EDP

1. Dichiarazioni in merito al rischio assicurato

- Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio oggetto dell'Assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento della Polizza (articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).
- Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande è di estrema importanza essere a conoscenza delle DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI ed ESTENSIONI previste dalle Condizioni di Assicurazione. Si rimanda pertanto ad un'attenta lettura delle Condizioni di Assicurazione.
- La risposta a tutte le domande proposte deve essere fornita in modo esauriente; qualora lo spazio dovesse risultare insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare al presente questionario.

2. Forma della copertura ("claim made")

- L'Assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE"; essa opera rispetto alle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato e denunciate agli Assicuratori durante il Periodo di Assicurazione, a condizione che tali Richieste di Risarcimento: (i) traggano origine da errori od omissioni colposi o gravemente colposi commesse durante il Periodo di Assicurazione e successivamente la Data di Retroattività; (ii) non siano state denunciate ai sensi di altre polizze di assicurazione.

3. Premio – Effetto della copertura

- L'Assicurazione ha efficacia dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata del Premio sono stati pagati; altrimenti ha efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento ricevuto dagli Assicuratori. Salvo diversa indicazione nella Scheda di Polizza il Premio è dovuto con periodicità annuale.
- I mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario gli Assicuratori oppure l'intermediario da questi incaricato, espressamente in tale qualità.
- Se l'Assicurato/Contraente non paga il Premio o le rate del Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 del Codice Civile).
- Qualora il Premio sia determinato sulla base dei dati variabili del fatturato dell'Assicurato e soggetto a regolazione, il tasso di regolazione sarà indicato nella Scheda di Polizza. In tal caso l'Assicurato si obbliga a fornire agli Assicuratori i dati necessari alla regolazione (dati del fatturato dell'ultimo esercizio) entro trenta (30) giorni dalla scadenza della Polizza. In caso di differenza negativa tra il dato del fatturato alla data di stipulazione della Polizza ed il dato del fatturato alla data di regolazione, nessun incremento di Premio sarà applicato, fermo restando che nulla sarà dovuto dagli Assicuratori all'Assicurato.

1. CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE:

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____ (_____)CAP: _____

Indirizzo e-mail: _____

Telefono: _____ Website: _____

2. ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

<input type="checkbox"/> DOTTORE COMMERCIALISTA	<input type="checkbox"/> CONSULENTE DEL LAVORO
<input type="checkbox"/> TRIBUTARISTA	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP

2.2 Il presente Modulo di Proposta / Questionario ha lo scopo di assicurare:

<input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP
---	---	--------------------------------------

2.3 Dettagli ASSICURANDO / I

a) In caso di PROFESSIONISTA INDIVIDUALE – Dettagli come da Domanda 1 (Contraente = Assicurando)

b) In caso di STUDIO ASSOCIATO – SOCIETÀ' (specificare):

COGNOME e Nome	Attività Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Si richiede copertura per attività con propria P. IVA
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.4 Si intende attivare la copertura assicurativa per la Società EDP di proprietà dell'Assicurando o nella quale l'Assicurando è interessato per i servizi prestati ai propri clienti? SI

NO

RAGIONE SOCIALE:

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____ (_____)CAP: _____

3. INFORMAZIONI SUL FATTURATO E SULL'ATTIVITÀ

3.1 Per **FATTURATO** si intendono gli introiti realizzati al netto di oneri ed imposte dall'01/01 al 31/12 di ciascun esercizio fiscale, rilevabili dall'ultimo Modello Unico, dall'ultima comunicazione dati IVA o dalla dichiarazione dei redditi.

In caso di Studio Associato, di più soggetti da assicurare o di Società EDP, per FATTURATO si intende la somma dei Fatturati di ciascun soggetto da assicurare, al netto dei fatturati incrociati

FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	STIMA FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE IN CORSO
€ _____	€ _____

3.2 Indicare l'**incidenza percentuale** delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale appena dichiarato

Condizioni di assicurazione	Attività / Funzione	Fatturato Esercizio Fiscale Precedente	Fatturato Esercizio Fiscale in Corso	Numero di Nomine in Corso
	ATTIVITÀ ORDINARIA	_____ %	_____ %	
Sezione IV art. 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali CURATORE - COMMISSARIO - AUSILIARIO - LIQUIDATORE - ARBITRO - CUSTODE - RAPPRESENTANTE - PERITO - ISPETTORE - AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO - ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORSUALI O LIQUIDAZIONI	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto di Conformità – Assistenza Fiscale	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto Pesante	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Revisore Legale	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 3	Attività di Amministrazione di Stabili	_____ %	_____ %	
Estensione 4	Attività di Attestatore	_____ %	_____ %	
Sezione IV art. 9	Società EDP	_____ %	_____ %	
		100 %	100 %	

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

4.1 Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando / i?

- SI
 NO

Se SI, indicare:

Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale	Premio Lordo

4.2 Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo?

- SI
 NO

Se SI, fornire dettagli:

5. RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti:

- del Contraente / Assicurando o dei propri Dipendenti e Collaboratori;
- dei Professionisti Assicurandi o dei propri Dipendenti e Collaboratori.

- SI
 NO

5.2 Il Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti?

- SI
 NO

**In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 2
SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE**

6. COPERTURA E GARANZIE RICHIESTE

Si da e si prende atto che le garanzie operanti saranno quelle concordate tra le Parti e riportate nella Scheda di Copertura.

6.1 Massimale

<input type="checkbox"/> € 250.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000
<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____	

6.2 Franchigia

<input type="checkbox"/> Minima	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____
---------------------------------	--

6.3 Retroattività

<input type="checkbox"/> 2 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 5 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> Illimitata
In caso di inizio attività negli ultimi 2 anni, la data di Retroattività coinciderà con la data di inizio attività		

6.4 ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

La copertura assicurativa può essere estesa alle garanzie di seguito indicate **previa richiesta dell'Assicurato ed accettazione da parte degli Assicuratori.**

Si intenderanno operanti solo le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura.

SI RIMANDA AL CONTENUTO DI CIASCUN ARTICOLO PER DETTAGLI COMPLETI CIRCA LE GARANZIE PRESTATE E RELATIVE LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI.

Condizioni di assicurazione			
Sezione IV art. 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali – Fatturato > 25%	<input type="checkbox"/>	
Estensione 1	Visto di Conformità (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/>	
Estensione 1	Visto Pesante	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	<input type="checkbox"/>	L'ATTIVAZIONE DI QUESTE ESTENSIONI È SOGGETTA A COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 IN FONDO AL QUESTIONARIO
Estensione 2	Revisore Legale	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	<input type="checkbox"/>	
Estensione 3	Amministrazione di stabili	<input type="checkbox"/>	
Estensione 4	Spese per il ripristino della reputazione	<input type="checkbox"/>	
Estensione 5	Legge antiriciclaggio	<input type="checkbox"/>	
Estensione 6	Attività di Attestatore	<input type="checkbox"/>	

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

7. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto **DICHIARA**:

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da Nota Informativa, Glossario, Condizioni di Assicurazione, Modulo di Proposta/Questionario;
- vi. Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

ALLEGATO 1
INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' DI
SINDACO / REVISORE LEGALE / ODV / CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE

A. Indicare di seguito le **informazioni relative a ciascuna Società o Ente** presso cui l'Assicurando (o gli Assicurandi) ha svolto e svolge attualmente la funzione di Sindaco / Revisore Legale / Membro del Consiglio di Vigilanza / Consigliere di Amministrazione.

	Ragione Sociale	Settore Merceologico	Tipo Incarico/Funzione	Data Conferimento Incarico
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

B. Per ciascuna delle società sopra elencate, l'Assicurando **DICHIARA - dopo aver raccolto le informazioni disponibili I presso la rispettiva Camera di Commercio, Registro delle Imprese e/o presso qualsiasi altro ufficio competente e con qualsiasi altro mezzo per accertare lo stato delle società' alla data di sottoscrizione di suddetto questionario:**

i. La Società è stata oggetto di procedure liquidative o di procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e s.m.i.) o altra legge quali, a titolo esemplificativo, procedure concorsuali, fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione straordinaria, amministrazione straordinaria speciale, amministrazione controllata, piani di ristrutturazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ii. Il bilancio della Società presenta delle situazioni che potrebbero dare origine ad una Richiesta di Risarcimento. Ad esempio: - segnali di insolvenza; - eccessivo indebitamento; - difficoltà di far fronte ai debiti od alle obbligazioni; - altro...	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iii. Alla data di compilazione del Presente Modulo di Proposta / Questionario, la Società presenta o dovrebbe presentare in applicazione di corretti criteri contabili un capitale sociale o fondo di dotazione: - diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite; - ridotto al di sotto del minimo legale; - al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale (o fondo di dotazione) di costituzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iv. Nei confronti dell'Assicurando/I o della Società, sono mai state intraprese azioni legali (civili, penali, amministrative) o avanzate Richieste di Risarcimento da parte di azionisti, soci, autorità di vigilanza, creditori sociali, Terzi in generale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

v. Sono mai state presentate denunce ex art. 2408 e/o ex art. 2409 del Codice Civile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
vi. L'Assicurando/I è a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare origine a Richieste di Risarcimento nei suoi confronti o nei confronti della Società?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al punto B, fornire DETTAGLI COMPLETI su un foglio separato da allegare al presente Modulo di Proposta / Questionario.

Il Sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- Che quanto sopra dichiarato è vero e di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio;
- Di aver letto e compreso le garanzie, limitazioni ed esclusioni delle CONDIZIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA.

Nome e Cognome _____

Data ____/____/____

Firma _____

ALLEGATO 2
SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato	
3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
4. Attività svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
Nome e Cognome _____	
Data ____ / ____ / _____ Firma _____	

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's"): la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale; nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso
- b) espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi; la base giuridica del trattamento è il consenso

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica Lloyd's;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano quali autonomi titolarti o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email servizioclienti@lloyds.com. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il Responsabile della protezione dei dati è Mr. Timor Ahmad (Timor.Ahmad@lloyds.com).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;

L'Interessato

Luogo _____

(Nome e Cognome leggibili)

Data __ / __ / ____

(Firma)

- b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett c)

L'Interessato

Luogo _____

(Nome e Cognome leggibili)

Data __ / __ / ____

(Firma)

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (relativo alla salute), Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

Informativa Privacy Ai Sensi Degli Articoli 13 e 14 Del Regolamento (Ue) 679/2016, Del D.Lgs. 196/03 e Ulteriori Normative Vigenti In Materia Di Privacy e Protezione Di Dati Personali.

Gentile Utente,

ai sensi delle normative vigenti in materia di privacy e protezione di dati personali e in relazione ai dati personali che Lei comunica a GAVA Srl direttamente o che sono acquisiti da terzi, che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è GAVA Srl, con sede legale in Milano alla Via R. Lepetit n. 8/10, nella persona del Legale Rappresentante Geom. Giovanni Semeraro e direzione generale in Brindisi alla Via Danimarca n. 2 Interno A.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali da Lei forniti a GAVA Srl o comunque acquisiti da GAVA Srl attraverso terzi, sono trattati dalla nostra società e/o dai nostri incaricati per le seguenti finalità:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale; nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso
- b) espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui GAVA Srl è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi; la base giuridica del trattamento è il consenso

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker, collaboratori).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica preposta;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria e ad altri enti pubblici.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a info@gavaunderwriting.com. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati è l'Avv. Barbara Persano. Per l'esercizio dei suoi diritti, per ogni eventuale dubbio o chiarimento, può rivolgere richiesta mediante posta elettronica all'indirizzo dpo@gavaunderwriting.com o lettera raccomandata all'indirizzo GAVA Srl – Via Danimarca n. 2 Int. A – 72100 Brindisi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;

L'Interessato

Luogo _____

(Nome e Cognome leggibili)

Data __ / __ / ____

(Firma)

- b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett c)

L'Interessato

Luogo _____

(Nome e Cognome leggibili)

Data __ / __ / ____

(Firma)

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di GAVA Srl di ulteriori dati particolari (relativo alla salute), Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.



www.gavaunderwriting.com