



PROPOSTA / QUESTIONARIO



POLIZZA

**RESPONSABILITÀ CIVILE
PROFESSIONALE**

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

MODULO DI PROPOSTA/QUESTIONARIO

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI CONTABILI CONSULENTI DEL LAVORO - TRIBUTARISTI – SOCIETA' EDP

**Rivista sulla base delle Linee Guida emanate dal Tavolo Tecnico ANIA
per la semplificazione dei contratti assicurativi**

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. PROPONENTE

Cognome e Nome o Denominazione Sociale: _____

Indirizzo: _____ Città _____ Prov. _____

CAP: _____ Tel.: _____ Cell.: _____

Codice Fiscale: _____ P.IVA: _____

Indirizzo e-mail: _____ Website: _____

Data inizio attività: _____ Ordine della Prov. di: _____

2. ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

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

2.2 La presente Proposta/Questionario ha lo scopo di assicurare:

<input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ	<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	
	ATTIVITÀ ORDINARIA	_____ %	_____ %	
Sezione IV punto 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali CURATORE - COMMISSARIO - AUSILIARIO - LIQUIDATORE - ARBITRO - CUSTODE - RAPPRESENTANTE - PERITO - ISPETTORE - AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO - ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORDATI O LIQUIDAZIONI	_____ %	_____ %	Numero di Nomine in Corso
Sezione IX Estensione 1	Visto di Conformità – Assistenza Fiscale	_____ %	_____ %	
Sezione IX Estensione 1	Visto Pesante	_____ %	_____ %	
Sezione IX Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	_____ %	_____ %	
Sezione IX Estensione 2	Revisore Legale	_____ %	_____ %	n. _____
Sezione IX Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	_____ %	_____ %	n. _____
Sezione IX Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	_____ %	_____ %	n. _____
Sezione IX Estensione 3	Attività di Amministrazione di Stabili	_____ %	_____ %	n. _____
Sezione IX Estensione 4	Attività di Attestatore	_____ %	_____ %	n. _____
Sezione IV punto 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; SI NO
 - 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"/> € 250.000,00	<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00
<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	<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 punto 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali – Fatturato > 25%	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 1	Visto di Conformità (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 1	Visto Pesante	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 2	Revisore Legale	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 3	Amministrazione di stabili	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 4	Spese per il ripristino della reputazione	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 5	Legge antiriciclaggio	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 6	Attività di Attestatore	<input type="checkbox"/>
Sezione IX Estensione 7	Corte dei Conti	<input type="checkbox"/>

L'ATTIVAZIONE DI QUESTE ESTENSIONI È SOGGETTA A COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 IN FONDO ALLA PROPOSTA/QUESTIONARIO

7. SPAZIO PER LE INTEGRAZIONI (se non sufficiente utilizzare un foglio aggiuntivo)

8. DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto dichiara inoltre:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta/Questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto e/o per conto dell'Assicurando/i costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di riconoscere che la sottoscrizione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo nè l'Assicurando/i nè gli Assicuratori alla stipula del contratto.
- qualora il Proponente sia uno Studio Associato, una Società o una Associazione Professionale, di essere autorizzato a compilare la presente Proposta/Questionario per conto degli stessi, e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'Informativa Ex Artt. 13 – 14, del Regolamento UE/2016/679 e D. LGS 101/2018.
- di aver ricevuto e preso visione dei singoli documenti che compongono il Set Informativo, Regolamento IVASS n. 41/2018:
 - 1) DIP DANNI e DIP DANNI AGGIUNTIVO;
 - 2) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO;
 - 3) PROPOSTA/QUESTIONARIO.
- Di aver ricevuto e preso visione della comunicazione informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti, ALLEGATO 3 e ALLEGATO 4, come previsto dall'Art. 56, Regolamento IVASS n. 40/2018.

**Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate
e tutte le informazioni contenute nella Proposta/Questionario**

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	
<p>Nome e Cognome _____</p> <p>Data ____ / ____ / _____ Firma _____</p>	

INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, REGOLAMENTO UE/2016/679 E D. LGS. 101/2018

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito "**Regolamento**") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati.

In osservanza al principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, **GAVA S.r.l.**, con Sede Legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, in qualità di Titolare del Trattamento, Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento.

Finalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza, i Suoi diritti ed in conformità alla policy privacy aziendale. L'azienda si impegna inoltre a trattare i Suoi dati nel rispetto del principio di "minimizzazione", ovvero acquisendo e trattando i dati limitatamente a quanto necessario rispetto alle seguenti finalità:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- d) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail
- e) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- f) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza.

La informiamo che in relazione alle suddette finalità, saranno raccolti e trattati anche dati, classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari di dati", quali:

- a) Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.);
- b) Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.).

In relazione a tali dati, il Trattamento potrà essere effettuato in quanto:

- a) L'Interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al Trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche, salvo nei casi in cui il diritto dell'Unione o degli Stati membri dispone che l'Interessato non possa revocare il divieto di cui al paragrafo 1.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento è obbligatorio, in quanto è necessario all'esecuzione di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta, per le finalità di:

- a) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza

ed il Suo rifiuto al conferimento dei dati determinerà l'impossibilità totale di stipula del contratto.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento per le finalità di:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- c) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail

è invece facoltativo, poiché ha espresso il consenso al Trattamento dei Suoi dati personali per una o più specifiche finalità, ed il Suo rifiuto non impedisce la corretta stipula e successiva esecuzione del contratto.

Modalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con modalità cartacee e strumenti informatici nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e, in particolare, delle misure tecniche e organizzative adeguate di cui all'art. 32.1 del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la relativa integrità, riservatezza e disponibilità.

Fonte da cui hanno origine i dati

I dati sono raccolti presso l'Interessato.

Categorie di destinatari

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in stretta relazione alle finalità sopra indicate, ai seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- a) IVASS
- b) Banche
- c) Compagnie Assicurative
- d) Ufficio italiano Cambi
- e) Consulenti e liberi professionisti anche in forma associata
- f) Intermediari Sez. E
- g) Intermediari Sez. A – Agenti
- h) Intermediari Sez. B – Broker
- i) Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione
- j) Casellario centrale infortuni.

La informiamo inoltre che:

- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere a), d), i), j) costituisce un obbligo di legge al quale il Titolare deve ottemperare;
- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere b), c), e), f), g), h) è necessaria per dare esecuzione al contratto di cui Lei è parte.

In relazione a tali categorie di destinatari, il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento, ex art. 28 del Regolamento. L'elenco dei Responsabili del Trattamento è disponibile presso l'Azienda e potrà prenderne visione previa richiesta al Titolare del Trattamento.

I Suoi dati, inoltre, verranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, da parte del personale dipendente e/o collaboratore dell'Azienda, appositamente autorizzato e istruito dal Titolare, ai sensi dell'art. 29 del Regolamento.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, salvo qualora richiesto da una norma di legge o di regolamento o dalla normativa comunitaria.

Trasferimento di dati personali

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento verso Paesi extra europei o verso organizzazioni internazionali.

Periodo di conservazione

Trattamento	Trattamento dati per Polizza Professionisti area Economico-Giuridica (Commercialisti, Consulenti del Lavoro, Tributaristi, Centri Elaborazione Dati, etc.)	
CATEGORIE DI DATI	PERIODO DI CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.); - Ragione sociale; - Informazioni (dati anagrafici, fatturato) relative ai componenti della Società, Studio Associato, ecc.; - Dati anagrafici (nome, cognome, sesso, luogo e data di nascita, residenza, domicilio); - Informazioni relative a precedenti assicurativi (richieste di risarcimento e circostanze, sinistri ed infortuni, polizze in scadenza, ecc.); 	5 anni dalla raccolta dei dati. Il Trattamento avverrà nel pieno rispetto dei principi di riservatezza, correttezza, necessità, liceità e trasparenza e delle misure di sicurezza richieste dalla legge, mediante supporto cartaceo ed informatico accessibile esclusivamente dal Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, e dal personale espressamente incaricato. Il Trattamento sarà svolto direttamente dal Titolare e/o da soggetti facenti parte dell'organizzazione dello stesso in qualità di Responsabili e/o Soggetti Autorizzati del Trattamento. I dati raccolti, soprattutto quelli particolari, per cui l'Interessato ha espresso il proprio consenso al Trattamento, trattati in formato cartaceo, verranno conservati in archivi dotati di serrature di sicurezza, le cui chiavi sono nella disponibilità del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed esclusivamente del singolo Soggetto Autorizzato. Con riferimento ai dati, trattati anche con	Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali

<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni su eventuali integrazioni; - Forma giuridica (professionista, Studio Associato, Società, ecc.); - Dati relativi alle condizioni assicurative richieste (massimale, franchigia, voci di interesse, periodo di copertura, ecc.); - Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.); - Partita Iva; - Codice Fiscale; - Informazioni sul tipo di attività svolta attuale e precedente (ruolo ricoperto, incarico, ecc.); - Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); - Informazioni sul fatturato esercizio fiscale precedente ed in corso 	<p>processi informatici, questi saranno conservati attraverso programmi e sistemi di accesso controllato in grado di proteggere i dati, soprattutto quelli "particolari", da attacchi esterni e/o da qualsiasi intrusione non autorizzata e verranno trattati tramite appositi programmi di archiviazione ed elaborazione dati protetti da passwords ed attraverso operazioni controllate e periodiche di backup in cloud su server. In particolare, la gestione degli adempimenti previsti dal Reg. UE/2016/679, relativi alla protezione dei dati personali, avverrà attraverso l'utilizzo di un software privacy "SicurWeb - Infotel" in cloud, a cui si potrà accedere con delle credenziali di accesso in possesso del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed eventualmente del singolo Soggetto Autorizzato. Al termine del periodo di conservazione o, eventualmente, quando richiesto dall'Interessato, i dati contenuti nei documenti cartacei verranno distrutti attraverso una macchina "distruggi-documenti" o, se in formato elettronico, verranno cancellati, attraverso gli strumenti di cancellazione, da tutti i Personal Computers e da ogni Hard Disk esterno in cui gli stessi possono essere memorizzati.</p>	
---	--	--

Diritti riconosciuti all'Interessato

In ogni momento potrà esercitare, nei confronti del Titolare, i Suoi diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento. In particolare, in qualsiasi momento, Lei avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro Trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro Trattamento se trattati per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare del Trattamento, qualora ritenesse violati i propri diritti e libertà fondamentali;
- il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso in relazione alle finalità per le quali questo è necessario;
- il diritto alla portabilità dei Suoi dati, ossia il diritto di chiedere e ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali a Lei riferibili;
- il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo.

Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento

- Titolare del Trattamento è: **GAVA S.r.l.**, con sede legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10 e direzione generale in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel.: 0831.262301, e-mail: info@gavaunderwriting.com.

Dati di contatto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per tutte le questioni relative al Trattamento dei Suoi dati ed all'esercizio dei Suoi diritti derivanti dal Regolamento, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) ai seguenti indirizzi mail:

- Responsabile per la Protezione dei Dati è: **Ing. Luigi Nevoso** - e-mail: dpo@gavaunderwriting.com,

con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel. 0831.262301.

Dichiarazione di presa visione dell'Informativa e di Consenso al Trattamento dei Dati Personali, ex artt. 7, 13 e 14, Reg. UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____, il __/__/____, e residente a _____ in Via _____, in qualità di soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679, oppure

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nella sua funzione di _____ del/della (Denominazione Sociale) _____, con sede in _____, alla Via _____, P. IVA _____, soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

DICHIARA

Di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento, **GAVA S.r.l.**, per il **Trattamento dati per Polizze Professionisti area Economico-Giuridica (Commercialisti, Consulenti del Lavoro, Tributaristi, Centri Elaborazione Dati, etc.)**, l'Informativa, ex artt. 13-14, Reg. UE 2016/679, inerente il Trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nell'Informativa medesima ed:

- 1) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario;**

- 2) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di promozione di prodotti assicurativi;**

- 3) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail;**

- 4) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati", e, nello specifico, le **Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

- 5) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati" e, nello specifico, le **Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

Luogo e Data _____

L'Interessato _____



www.gavaunderwriting.com