

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 reticenti 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: _____

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

Sì 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, fornire 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
_____	_____	_____

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

DPO_032018

3 di 3