

PROPOSTA/QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA
RESPONSABILITA' CIVILE
per l'attività di
AMMINISTRATORE – SINDACO – DIRIGENTE
in forma individuale
(Directors & Officers)



Proposta/Questionario di assicurazione per la Responsabilità Civile Amministratore, Sindaco, Dirigente Directors & Officers Liability (D & O)

AVVISO IMPORTANTE

LA SEGUENTE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE È IN RELAZIONE AD UNA POLIZZA “CLAIMS MADE” IN BASE ALLA QUALE LA COPERTURA ASSICURATIVA RIGUARDERÀ ESCLUSIVAMENTE LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO ED I PROCEDIMENTI DI CUI UN ASSICURATO SIA VENUTO A CONOSCENZA E CHE VENGANO COMUNICATE NEL PERIODO DI POLIZZA (salvo se prevista la retroattività e/o la postuma), NEI LIMITI ED ALLE CONDIZIONI TUTTE CHE SARANNO PREVISTE NELLA POLIZZA.

VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE (SE LO SPAZIO DOVESSE ESSERE INSUFFICIENTE, VOGLIATE UTILIZZARE IL FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”).

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza ed, alle stesse si dovrà rispondere solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi Circostranza che possa assumere 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 e le reticenze relative a Circostranze, possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’Indennizzo.

- La quotazione è subordinata all’esame di questo Questionario compilato, datato e firmato da una persona autorizzata e di ogni altra informazione o documentazione che i Sottoscrittori ritengano necessaria ai fini della corretta valutazione del rischio.
- **Anche ai sensi e per gli effetti dell’art. 1892 e 1893 del Codice Civile, 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.**
- La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma “Claims made”. Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti dell’Assicurato durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali l’Assicurato venga a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostranze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l’evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza, eccetto quando sia operativa la “Garanzia Postuma”.
- Il Proponente prende atto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati nella determinazione di un medesimo Sinistro, gli Assicuratori per tale Sinistro sono obbligati fino alla concorrenza del Massimale pari a Euro 15.000.000,00 complessivamente fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso sinistro ed assicurati dallo stesso Assicuratore. Nell’eventualità che il risarcimento complessivamente indennizzabile dagli Assicuratori ai termini del Certificato ecceda l’importo indicato sopra, le indennità spettanti a ciascuno degli Assicurati si intenderanno proporzionalmente ridotte in misura uguale fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso sinistro.

1. INFORMAZIONI GENERALI RIGUARDANTI IL PROPONENTE

- 1.1 Cognome: _____
1.2 Nome: _____
1.3 Codice Fiscale: _____
1.4 Residenza: _____
1.5 Città: _____
1.6 Provincia e CAP: _____
1.7 Titolo di Studio: _____
1.8 Il proponente è un professionista iscritto presso un albo o registro? Sì No
Se "SI" quale: _____

1.9 Indicare la retribuzione annua lorda percepita dal Proponente per le attività svolte presso la/e Società:

<input type="checkbox"/> fino a EUR 50.000	<input type="checkbox"/> da EUR 50.001 a EUR 100.000
<input type="checkbox"/> da EUR 100.001 a EUR 150.000	<input type="checkbox"/> da EUR 150.001 a EUR 200.000
<input type="checkbox"/> da EUR 200.001 a EUR 250.000	<input type="checkbox"/> Oltre EUR 250.000 (specificare)EUR.....

2. COPERTURE ASSICURATIVE PRECEDENTI

2.1 Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altre polizze di questo tipo? Sì No

2.1.1 Se "SI" fornire le seguenti informazioni:

Assicuratore: _____
Massimale: _____
Premio: _____
Numero di polizza, effetto e scadenza: _____

2.2 Sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative di questo tipo? Sì No

2.3 Il Proponente è a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento nei suoi confronti (incluse contestazioni ufficiali sul proprio operato)? Sì No

Se "SI", fornire i dettagli: _____

2.4 Il Proponente ha mai subito condanne o ha pendenze legali che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento? Sì No

Se "SI", fornire i dettagli: _____

2.5 Il Proponente è mai stato nel passato dichiarato fallito, interdetto, inabilitato o condannato per reati societari? Sì No

Se "SI", fornire i dettagli: _____

3. INFORMAZIONI GENERALI SULLA SOCIETÀ

Si prega di compilare la seguente scheda per ciascuna delle Società presso la/e quale/i il Proponente esercita ed intende assicurarsi (1 Scheda per ogni Società) Scheda n. ____ di n. ____.

3.1 Nome della Società: _____

3.2 Sede Legale: _____

3.3 Oggetto Sociale: _____

3.4 Carica ricoperta dal Proponente: _____

3.5 Data di nomina: _____

3.6 Allegare copia del Bilancio, incluse Nota Integrativa e le Relazioni degli Amministratori sulla gestione del Collegio Sindacale e della Società di Revisione.

In via alternativa fornire i seguenti dati dell'ultimo bilancio approvato:

ESERCIZIO FINANZIARIO DELL'ANNO 20 _____

Totale Attivo Circolante	EUR
Totale Attivo	EUR
Totale Patrimonio Netto	EUR
Totale Debiti entro l'esercizio successivo	EUR
Totale Debiti oltre l'esercizio successivo	EUR
Totale Valore della Produzione	EUR
Totale Costi della Produzione	EUR
Utile (Perdita) d'esercizio	EUR

3.7 La Società è quotata in Borsa? Sì No

3.8 La Società è in procinto di essere messa in liquidazione/amministrazione? Sì No

3.9 La Società ha in considerazione operazione relative ad acquisizioni, fusioni, di azioni o altri titoli? Sì No

3.10 La Società ha capitali, azioni o obbligazioni in USA e/o Canada? Sì No

Si prega di fornire dettagli relativi alle risposte affermative data sopra:

4. COPERTURA RICHIESTA

4.1 MASSIMALE (Esprimere una preferenza)

MASSIMALE	
<input type="checkbox"/> EUR 100.000,00	<input type="checkbox"/> EUR 500.000,00
<input type="checkbox"/> EUR 250.000,00	<input type="checkbox"/> EUR 1.000.000,00

5. ESTENSIONI (Si prega di barrare le Estensioni richieste)

5.1 Estensione alle Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato da parte della Corte dei Conti Sì No

5.2 Estensione per le Spese di Pubblicità con sottolimito pari al 25% del limite di indennizzo prescelto fino ad un massimo di EUR 100.000,00 Sì No

5.3 Estensione ad i costi e spese di Estradizione con sottolimito pari al 25% del limite di indennizzo prescelto fino ad un massimo di EUR 100.000,00 Sì No

5.4 Estensione a presenza ad Indagini ed Esami Sì No

5.5 Estensione massima aggiuntiva per Costi di Difesa Sì No

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. 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/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
2. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
3. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.

Data ____ / ____ / _____

Firma in nome del Proponente _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: _____

Data: ____ / ____ / _____ Firma: _____

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, **il sottoscritto**, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

1. di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
2. di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/ 1997.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

In ottemperanza **all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006**, dichiara di aver ricevuto gli allegati 7A e 7B e di aver preso visione dei contenuti.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

“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 “titolare” del “trattamento” è GAVA Broker Srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____

La firma della presente Proposta/Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto.

INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

1. Finalità del trattamento dei Dati

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di GAVA Broker Srl:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di GAVA Broker Srl per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

2. Modalità del trattamento dei Dati

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla GAVA Broker Srl per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

3. Conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di GAVA Broker Srl di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri.

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviare informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

4. Dati sensibili

GAVA Broker Srl potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

5. Comunicazione e Diffusione dei Dati

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di GAVA Broker Srl e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano).

I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche.

Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

7. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (il Presidente, Giovanni Semeraro) con lettera raccomandata.

8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è GAVA Broker Srl, con sede in Via Danimarca n. 2 - 72100 Brindisi. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è il Presidente. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da GAVA Broker Srl è disponibile presso la sede del titolare.

* * * * *

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 "titolare" del "trattamento" è GAVA Broker Srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente _____



GAVA BROKER

INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE

Sede Legale

Brindisi, 72100 - Via Danimarca, 2 Tel. (+39)
0831.585902 - Fax (+39) 0831.262321

Uffici di rappresentanza

Bergamo,
24129 - Via Colle dei Roccoli n. 11
Tel. (+39) 035.19965214

Roma,
00182 - Via La Spezia n. 89
Tel. (+39) 06.62289470

info@gavabroker.it
www.gavabroker.it

Numero Verde **800 250 882**

