



QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

DEDICATO A:

AGENTI IN ATTIVITA' FINANZIARIA

MEDIATORI CREDITIZI

MODULO DI PROPOSTA

ATTENZIONE: Le informazioni contenute nel Modulo di Proposta o Questionario e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il Questionario forma parte integrante del contratto.

1. INFORMAZIONI GENERALI

Cognome e Nome o Denominazione sociale

Indirizzo Città Provincia

C.A.P. Tel. Cell.

Cod. Fiscale P.IVA

Indirizzo e-mail Website

2. PROFESSIONE/ATTIVITA'

Iscritto all'elenco dei (compilare il relativo riquadro)

<input type="checkbox"/> Mediatori creditizi	<input type="checkbox"/> Agenti in attività Finanziaria
Nr. iscrizione: <input type="text"/> del <input type="text"/>	Nr. iscrizione: <input type="text"/> del <input type="text"/>
Indicare il numero dei SOGGETTI ABILITATI per legge al contatto con il pubblico: <input type="text"/>	

3. FATTURATO

Fatturato = introiti realizzati dall'Assicurato nel corso del precedente anno fiscale (01 Gennaio – 31 Dicembre)

Fatturato Esercizio Precedente: €

Nel caso in cui l'attività sia iniziata nel corso dell'esercizio precedente o nel corrente anno, indicare:

Data inizio attività

Stima fatturato esercizio corrente

Divisione del fatturato			
	Come percentuale del totale	Finanziamenti intermediati (valori approssimativi)	
		Importo massimo	Importo medio
Locazione Finanziaria	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Mutui	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Credito al consumo	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Prestito su pegno	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Cessione del quinto	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Prestiti con delega	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Rilascio fidejussioni (importo pagato al cliente)	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Anticipi, sconti commerciali, crediti personali	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Intermediazione in cambi:			
- con assunzione rischi in proprio	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
- senza assunzione rischi in proprio	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
- cambia valute	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Trasferimento di denaro	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Altre attività (specificare) <input type="text"/>	<input type="text"/> %	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

4. MASSIMALI

<input type="checkbox"/> Massimali previsti dalla Circolare n.1/12 (approvata dal Comitato di Gestione il 20/03/2012) contenente le disposizioni inerenti l'applicazione degli art. 128quinquies e 128-septies del Testo Unico Bancario e dell'art. 16 del D.Lgs. n. 141/10	<ul style="list-style-type: none">• Fatturato inferiore ad € 100.000,00: Massimale per Sinistro € 500.000,00 Massimale Aggregato Annuo € 1.000.000,00• Fatturato superiore ad € 100.000,00 ed inferiore ad € 500.000,00: Massimale per Sinistro: € 750.000,00 Massimale Aggregato Annuo € 1.250.000,00• Fatturato superiore ad € 500.000,00: Massimale per Sinistro: € 1.250.000,00 Massimale Aggregato Annuo € 1.750.000,00
<input type="checkbox"/> Altro	€ <input type="text"/>

5. SINISTRI E CIRCOSTANZE PRECEDENTI

Sinistri precedenti

Il Proponente o taluno dei suoi Dipendenti/Collaborati/Soci ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile

Professionale nei passati 5 anni? Si No

Se "si" fornire dettagli:

Circostanze

Il Proponente o taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori/Soci è a conoscenza di fatti e/o circostanze che abbiano causato o possono causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento? Si No

Se "si" fornire dettagli:

6. PRECEDENTI ASSICURAZIONI

Il Proponente è mai stato assicurato per la R. C. Professionale? Si No

Se “si” indicare:

Compagnia	Nr. anni di copertura continua	Data di scadenza	Retroattività prevista nell'ultima polizza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'assicurato? Si No

Se “si” fornire dettagli:

Esiste altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale del Proponente o di taluno dei suoi Dipendenti/Collaboratori/Soci? Si No

Se “si” fornire dettagli:

Data / /

Firma del Proponente.....

7. AVVERTENZA

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

Data / /

Firma del Proponente.....

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 DR Broker SpA 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 DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina, 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 DR Broker SpA:

- 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 DR Broker SpA 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 DR Broker SpA 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 DR Broker SpA 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 inviareLe informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

4. Dati sensibili

DR Broker SpA 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 DR Broker SpA 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 (Pizzo Febbroonia) con lettera raccomandata.

8. Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è l' Amministratore. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da DR Broker SpA 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 DR Broker SpA 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 _____

Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente.

Gentile Contraente, Con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di Responsabilità Civile Professionale, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- Se Lei abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- Se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

a) Nome / Ragione sociale del Contraente:

b) Data di compilazione e firma del questionario:

c) Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra?

d) Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

offerto? Si No

e) Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? Si No

f) Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?

Si No

g) Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto

offerto? Si No

Pagina relativa all'adeguatezza del contratto richiesto

Cognome e Nome / Ragione sociale:

Data di compilazione del questionario:

CASO 1. DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal Contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto, con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

Luogo e Data

L'Intermediario

Il Proponente

CASO 2. DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Proponente dichiara di essere stato informato dei principali motivi, **di seguito riportati**, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle proprie esigenze assicurative. Il sottoscritto Proponente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e Data

L'Intermediario

Il Proponente

CASO 3. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Luogo e Data

L'intermediario

Il Contraente

DR BROKER

Società per Azioni

Sede operativa

Via Ugo Bassi, 204
98123 Messina
Tel. 090 651 0424
Fax. 090 651 3910

Sede legale

Via delle Cave di Pietralata, 14
00157 Roma
Tel. 06 9151 1175
Fax 06 9151 1176

