



# **QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**

**DEDICATO A:  
AGENTI ASSICURATIVI E BROKER  
ASSICURATIVI**

## AVVISO IMPORTANTE

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di “Claims Made” il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato. Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre compilare, datare e firmare la presente proposta solo dopo un attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando “N/A” (non applicabile) ove necessario.

**Agente di Assicurazione**

**Broker Assicurativo**

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio (compilare punto 1.1 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio (compilare punto 1.2 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (inserire i relativi introiti degli assicurati, fatturato studio più singole partite iva che lo compongono, nel fatturato totale nella tabella-allegato 1 ). (compilare punto 1.2 e 1.3 pagina successiva)

## 1.1

Nome e Cognome del Proponente:

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente:

Indirizzo del Proponente:

Via  Città

CAP  Provincia

Data di inizio dell'attività  /  /

Anno di iscrizione all'albo  /  /

Sito web:

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo PEC:

## 1.2 / 1.3

Denominazione in caso di Studio Associato:

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato:

Indirizzo dello Studio Associato:

Via  Città

CAP  Provincia

Sito web:

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo PEC:

Data costituzione  /  /

(1.3) In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	QUALIFICA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

Gli iscritti alla Sez. E che operano con l'ASSICURATO sono automaticamente coperti

## 2. Massimale richiesto

2.500.000,00 €

Altro

indicare: €

## 3. Estensioni subordinate a patto espresso:

Attività di Corrispondente dei Lloyd's of London

Attività di Coverholder dei Lloyd's of London

Broker Riassicurativo

Reclami tardivi (claims made – Vedere testo di polizza)

- In caso di Agente di Assicurazioni:

Agente Monomandatario

Indicare Compagnia Mandante

Agente Plurimandatario

Indicare Mandati in essere

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.

L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Si  No

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza:

Nome Assicuratore:

Massimale: €

Franchigie o Scoperti: €

Premio Lordo: €

Scadenza:  /  /

Retroattività:

5.

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si  No

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

6.

Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si  No

Se si, fornire dettagli:

7.

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si  No

Se si, fornire dettagli:

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato 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 ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.  
La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.

Data

 /  / 

Nome e funzione di chi firma

Timbro e Firma

---

### IMPORTANTE

DR Broker SpA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

## NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

DR Broker SpA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"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 "responsabile" 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.

**Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).**

Data

 /  / 

Nome e funzione di chi firma

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

## Allegato 1

Composizione del fatturato per:

### AGENTE DI ASSICURAZIONE – BROKER ASSICURATIVO

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Montante Provvigioni Lorde Annue	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Altro	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>TOTALE</b>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

\*\* Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

Data

 /  / 

Nome e funzione di chi firma

Timbro e Firma

---

# FOGLIO DI INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

 /  / 

Nome e funzione di chi firma

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

# 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 Febbroia) 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

 /  / 

Nome e funzione di chi firma

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

# 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

