

Intermediario:

POTENZA ANDREA

Iscrizione RUI:

A 000129505

QUESTIONARIO DEMANDS & NEEDS**2001 - RESPONSABILITA' CIVILE RISCHI DIVERSI**

Gentile Cliente,

prima di rispondere alle domande del seguente questionario La invitiamo a leggere con attenzione la seguente informativa, che contiene alcune informazioni utili sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti ai sensi della normativa sulla privacy.

Il Titolare del trattamento, UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it), ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informa che, per fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, deve raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali che ci permettono di valutare la coerenza del contratto assicurativo che Le offriamo in relazione alle Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio.

Il conferimento dei Suoi dati è quindi necessario alla formulazione di proposte assicurative e l'eventuale rifiuto di fornire anche solo alcune delle informazioni richieste può pregiudicare la possibilità di valutare la rispondenza del contratto alle Sue esigenze, non consentendo così l'emissione della copertura assicurativa.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla predetta valutazione. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

I dati personali potranno essere comunicati a Compagnie di Riassicurazione, anche estere, per consentire a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. di stipulare coperture riassicurative e ad altre Compagnie Assicuratrici per la cessione di quote di coassicurazione. I dati possono essere altresì comunicati esclusivamente per obbligo di legge o, per le finalità sopra descritte, a società di servizi informativi, di archiviazione o altri servizi di natura tecnico/organizzativa.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia. [USA_Info_De&N_01 - Danni - Ed. 31.03.2021]

A - INFORMAZIONI CLIENTE**A.1 - Dati anagrafici**

Cognome Nome/Ragione Sociale: _____

Cod. fiscale o P.IVA: _____

Indirizzo (via/cap/città/prov): _____

A.2 (pf) - Individua caratteristiche della persona fisica

Data e luogo di nascita: _____

Occupazione: _____

A.2 (pg) Individua caratteristiche della persona giuridicaN° e data iscrizione cam.comm./reg.imprese/assoc./albo prof.: _____ Altre sedi: Sì No

Settore attività: _____

N° dipendenti/occupati compreso titolare e famigliari: _____ N° prestatori di lavoro non dipendenti: _____

B - INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE IN RELAZIONE AL CONTRATTO

B.1 - Individua obiettivi assicurativi

Ambito della copertura assicurativa:

Privato **Lavorativo**

Dettaglio obiettivi principali: *[consentita selezione multipla]*

Ottemperanza ad obblighi di legge Protezione del patrimonio

B.2 - Individua soggetto/bene da assicurare

[consentita selezione multipla]

Attività artigianale/industriale Attività commerciale **Attività professionale**
 Vita privata A favore di terzi

B.3 - Individua tipologia di copertura/prestazione

E' interessato a una copertura assicurativa:

- a) per il risarcimento dei danni causati in conseguenza di un fatto verificatosi nel corso dello svolgimento dell'attività dichiarata in polizza? Sì No
- b) per la tutela da richieste di risarcimento nel caso in cui i prestatori di lavoro subiscano un danno derivante da infortunio durante lo svolgimento delle attività dichiarata in polizza? Sì No
- c) per il risarcimento dei danni causati in qualità di proprietario dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in polizza e/o dei danni a cose provocate da spargimento di acqua o rigurgito di fogne? Sì No
- d) per il risarcimento dei danni a veicoli di terzi e/o a mezzi di trasporto sotto carico o scarico causati nell'ambito dello svolgimento dell'attività dichiarata in polizza? Sì No
- e) per il risarcimento dei danni da inquinamento accidentale di acqua, aria o suolo a seguito di rottura di impianti, condutture e /o macchinari? Sì No
- f) per il risarcimento dei danni causati a terzi dallo svolgimento delle attività complementari dichiarate in polizza? Sì No
- g) per il risarcimento dei danni da interruzione o sospensione e/o mancato o ritardato inizio di attività industriali, commerciali; artigianali, agricole o di servizio? Sì No
- h) per la tutela da richieste di risarcimento per i danni subiti e/o cagionati da persone non in rapporto di dipendenza e/o da lavoratori a progetto / prestatori di lavoro assunti da un'agenzia di somministrazione lavoro / lavoratori assunti con contratto stipulato nell'ambito del D.Lgs n. 276/2003? Sì No
- i) per il risarcimento dei danni causati a terzi da soggetti suoi dipendenti in relazione alla guida di veicoli? Sì No
- j) per la tutela da richieste di risarcimento nel caso in cui i prestatori di lavoro subiscano un danno derivante da malattia professionale durante lo svolgimento delle attività dichiarata in polizza? Sì No

B.4 - Individua caratteristiche del contratto

Rateizzazione premio: Unico anticipato Mensile Trimestrale
 Quadrimestrale Semestrale **Annuale**

Orizzonte temporale: **Fino a 1 anno** Fino a 5 anni Oltre 5 anni Temporaneo

Indicizzazione: Sì No Tacita proroga: Sì No

B.5 - Individua altre coperture assicurative già in corso che soddisfano le aspettative del contratto

Esistono altre coperture assicurative già in corso che soddisfano le aspettative del contratto?: Sì No

In caso positivo, se possibile, descrivere coperture (somme assicurate) e indicare Compagnie:

Garanzie	Somme Assicurate	Compagnia

C - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO E SU EVENTUALI LIMITAZIONI ALLE GARANZIE CONTRATTUALI

C.1 - Individua informazioni fornite dall'Intermediario

Relativamente al contratto che potrà esserLe offerto, Le sono stati esposti con chiarezza:

- la durata, la proroga e le modalità di recesso? Sì No
- i contenuti del medesimo relativamente alle principali ipotesi di esclusioni / rivalse / carenze / franchigie / scoperti e - qualora previsti - al servizio di riparazione diretta del danno e/o al ricorso in caso di sinistro a strutture / soggetti convenzionati con la Compagnia? Sì No
- i contenuti del medesimo relativamente ai principali massimali / somme assicurate e sottolimiti, nonché alle conseguenze sulle prestazioni garantite qualora il contratto prevedesse dietro Sua richiesta somme assicurate inferiori al valore effettivo dei beni oggetto della copertura assicurativa? Sì No

DICHIARAZIONI FINALI

Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite

Il Cliente dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini della coerenza alle proprie richieste ed esigenze della proposta assicurativa formulatagli.

L'Intermediario dichiara che sono state illustrate e valutate con il Cliente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data

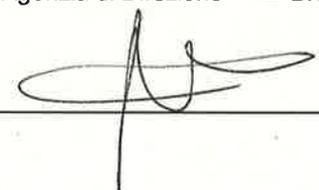


Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

- Agente Subagente Collaboratore
- Agenzia di Direzione Broker

_____/____/____



POLIZZA N. _____ APPENDICE/ALLEGATO N. _____