

POLIZZA RISCHIO CYBER

Modulo di Adesione Polizza Collettiva n. 203094559

Riservata a Farmacie, Aziende e Liberi Professionisti con fatturato annuo fino a € 2.000.000,00

Da inviare a mezzo mail a info@polizzarischiocyber.it oppure a mezzo fax allo **02.87.18.19.05**
Per informazioni tel. **392.93.93.842**

Aderente	
Indirizzo	
Cap	Città Prov.
Tel.	Cellulare
E-mail	Fax
Cod. Fiscale	
Partita IVA	
Fatturato annuo: €	
Attività svolta:	
Effetto	Scadenza
La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento	
Tipologia di attività svolta dall'Assicurato: __ Farmacia __ Azienda __ Professionista	
__ Farmacie: Importo annuo € 60,00	
__ Aziende e professionisti con fatturato da € 200.001,00 a € 500.000,00: Importo annuo € 250,00	
__ Aziende e professionisti con fatturato da € 500.001,00 a € 1.000.000,00: Importo annuo € 350,00	
__ Aziende e professionisti con fatturato da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00: Importo annuo € 500,00	
Pagamento:	
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario: Banco BPM – C/C Intestato Assimedici Srl	
IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 – Causale: nome e cognome/ragione sociale	
<input type="checkbox"/> Carta di credito: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	
Nr. __ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _	
Scad. __ _ _ / _ _ _ CVV* __ _ _ _	
*Ultime tre cifre riportate dietro la carta di credito	
Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.	

_____, il |__|_|_|_|_|_|



Il Proponente



POLIZZA RISCHIO CYBER

Modulo di Adesione Polizza Collettiva n. 203094559

L'Assicurato / Aderente dichiara, con la firma del presente modulo, che può essere sottoscritto anche con firma elettronica avanzata o qualificata con OTP, di aderire al Programma assicurativo sopra indicato al fine di ottenere la copertura assicurativa per i rischi previsti in polizza. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e visionato, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, il Set Informativo di riferimento, nonché, in base alle norme applicabili, gli Allegati 3, 4 e 4-ter.

Aderente			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
E-mail	Cellulare	Fax	
Cod. Fiscale			
Partita IVA			
Fatturato annuo: €			
Effetto		Scadenza	
La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento			

Legale Rappresentante/Delegato munito dei necessari poteri/Titolare (in caso di persona giuridica):

Cod. Fiscale														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare il contenuto nel Set Informativo CYBER RISK Aziende/Farmacie/Professionisti (5002 - edizione 01.02.2023). Il sottoscritto aderisce alla polizza collettiva per la formula assicurativa comprensiva di tutte le garanzie previste nel precitato Set Informativo.

Tipologia di attività svolta dall'Assicurato: Farmacia Azienda Professionista
 Farmacie: **Importo annuo € 60,00**
 Aziende e professionisti con fatturato da € 200.001,00 a € 500.000,00: **Importo annuo € 250,00**
 Aziende e professionisti con fatturato da € 500.001,00 a € 1.000.000,00: **Importo annuo € 350,00**
 Aziende e professionisti con fatturato da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00: **Importo annuo € 500,00**

A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI SINISTRO: Per tutti i sinistri l'Assicurato deve avvisare l'Impresa inviando una raccomandata AR o una pec al seguente recapito:

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SPA

VIALE GIAN BATTISTA COLLEONI 21 20864 AGRATE BRIANZA

Numero verde: 800-894134 Numero telefonico: +39.039.9890709 nobisassicurazioni@pec.it

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto e di accettare la documentazione relativa all'Intermediario, consistente, in base alle norme applicabili, negli Allegati 3, 4 e 4-ter

_____, il |__| |__| |_____|  _____
 Luogo e data della sottoscrizione Il Proponente

POLIZZA RISCHIO CYBER

Modulo di Adesione Polizza Collettiva n. 203094559

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli articoli seguenti contenuti nel Set Informativo CYBER RISK Aziende – Farmacie - Professionisti edizione 01.02.2023:

art. 1 Decorrenza della garanzia / Pagamento del premio; art. 2 Dichiarazione relative alle circostanze del rischio; art. 3 Aggravamento del rischio; art. 5 Criteri di liquidazione; art. 6 Documentazione per gli Assicurati; art. 7 Cumulo dei rischi; art. 8 Limiti territoriali; art. 9 Obblighi del Contraente; art. 10 Durata del contratto – Tacito rinnovo; art. 11 Durata delle singole Applicazioni; art. 12 Oneri fiscali; art. 13 Rinvio alle norme di legge; art. 14 Recesso in caso di sinistro; art. 15 Oggetto della garanzia Cyber; art. 16 Oggetto della garanzia Ripristino dati; art. 17 Oggetto della garanzia Estorsione Cyber; art. 18 Oggetto della garanzia Danni da interruzione dell'attività; art. 19 Validità temporale; art. 20 Esclusioni operanti per tutte le garanzie; art. 21 Massimali; art. 22 Termini di aspettativa (Carenza); art. 23 Cosa fare in caso di sinistro. ALLEGATO N. 1: art. 1 Comunicazione degli assicurati; art. 2 Premio unitario annuo; art. 3 Premio alla firma – Premio annuo minimo garantito; art. 5 Regolazione del premio.

_____, il |__| |__| |_____|
Luogo e data della sottoscrizione



Il Proponente

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere o reticenti riguardanti le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Il premio viene versato in unica soluzione all'inizio dell'assicurazione e non è frazionabile.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL CAPO III - SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, in qualità di aderente, dichiara di avere ricevuto le informazioni previste dalla normativa vigente riguardanti, in particolare, i diritti riconosciutigli dalla legge e in qualità di interessato

Acconsente Non acconsente

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e dei dati sensibili da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (a) e (b) del paragrafo 3, consapevole che il rifiuto potrà comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta ovvero comporterà l'impossibilità ad instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce

Acconsente Non acconsente

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., delle altre società del Gruppo Nobis e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricata, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (c) e (d) del paragrafo 3.

_____, il |__| |__| |_____|
Luogo e data della sottoscrizione



Il Proponente

Conferma ricezione di:

DA FIRMARE

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome

o Ragione sociale:

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4^{ter} - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato