

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER IL RISCHIO CYBER**AVVISO IMPORTANTE:**

1. Nel compilare il presente Questionario il vostro dovere rivelare tutti i fatti rilevanti o materiali agli **Assicuratori**. Per fatto rilevante o materiale si intende un fatto che pu \dot{e} influenzare il giudizio degli **Assicuratori** nella valutazione del rischio. In caso di dubbio se un fatto sia rilevante o no, consultate il vostro intermediario assicurativo. La mancata, o incorretta, informazione di fatti materiali agli **Assicuratori** potrebbe invalidare questa assicurazione o una qualsiasi richiesta di risarcimento presentata sotto essa. Le indicazioni fornite da, e le dichiarazioni fatte da o per conto del Richiedente/i contenute in questo Questionario ed ogni altra informazione presentate o messa a disposizione da o per conto del Richiedente/i sono la base per la Polizza proposta e saranno parte integrante della presente polizza.

INFORMAZIONI GENERALI**1. DATI DELL' ASSICURANDO / RICHIEDENTE:**

Denominazione: _____

Data di costituzione: _____

Indirizzo: _____

Sito Internet: _____

2. Attivit \dot{a} svolta dal Richiedente: _____

3. Ricavi lordi del Richiedente:

Ultimo Anno EUR _____ Stima Anno in corso EUR _____

Stima di Ricavi derivanti da fatturazione in USA/Canada% sul fatturato corrente

4. Numero attuale di dipendenti: _____

GESTIONE DEI DATI PERSONALI

L' Assicurato / Il Richiedente la copertura **dichiara:**

- | | |
|---|---|
| 1. di <u>non</u> raccogliere Dati Personali relativi a pagamenti tramite carta di credito/debito ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <i>In caso di risposta negativa, l'Assicurato dichiara</i> | |
| di archiviare un numero di Dati Personali e relativi a pagamenti con carta di credito inferiore a 10.000; e che tutti i Dati Personali relativi a pagamento con carta di credito sono archiviati in forma criptata? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. di <u>non</u> archiviare e/o conservare Dati Personali su dispositivi portatili (quali ad esempio penne USB – Computer Portatili – Tablets)? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <i>In caso di risposta negativa, l'Assicurato dichiara</i> | |
| di avere adottato una procedura interna secondo cui tutti i Dati Personali devono essere archiviati e conservati su dispositivi portatili vengono <u>criptati</u> ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. dopo un accurata ricerca di <u>non</u> archiviare e/o conservare Dati Personali di cittadini USA ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. di <u>non</u> pubblicare, e di non far pubblicare a terze parti, materiale controverso, ovvero diffamatorio, illegale e/o che possa ledere la Privacy di soggetti terzi sul proprio sito Internet ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. che ha adottato internamente un <u>regolamento scritto</u> di Politica Privacy ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <i>In caso di risposta negativa, l'assicurato dichiara di rilasciare adeguata informativa sulla privacy come da D.Lgs. 196/2003</i> | |
| 6. che il Vs personale <input type="checkbox"/> regolarmente formato sulla custodia, cura e archiviazione dei Dati Personali? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <i>In caso di risposta negativa, l'assicurato dichiara di aver divulgato a tutto il personale le procedure interne relative alla corretta gestione dei dati</i> | |
| | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

CONTROLLO SUI SISTEMI INFORMATICI

- | | |
|--|---|
| 1. Il Richiedente ha adottato: | |
| a. un piano di disaster recovery ? | ----> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| b. un piano di continuit  aziendale ? | ----> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| c. un piano di reazione a seguito di intrusioni nella rete e di incidenti dovuti a virus? | ----> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Quanto spesso sono testati tali piani? _____ | |
| 2. Il Richiedente utilizza software Anti-Virus? | ----> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Se si, quanto spesso <input type="checkbox"/> aggiornato il software Anti-Virus? | |
| Aggiornamento automatico <input type="checkbox"/> | |
| Settimanale <input type="checkbox"/> | |
| Mensile <input type="checkbox"/> | |
| 3. Il back-up dei dati rilevanti/sensibili <input type="checkbox"/> effettuato dal Richiedente: | |
| in automatico <input type="checkbox"/> | |
| Giornalmente <input type="checkbox"/> | |
| Settimanalmente <input type="checkbox"/> | |
| Altro | |

SINISTRI, RECLAMI E RICHIESTE DI RISARCIMENTO**Il Richiedente la copertura**

B1.	ha mai ricevuto nei passati 5 anni un reclamo o una richiesta di risarcimento derivante da invasione o al danno alla privacy, furto di identità, furto di dati, violazione delle misure di sicurezza, violazione dei diritti d'autore o a qualsiasi altra violazione, o gli e' mai stato richiesto di segnalare a qualsivoglia soggetto una divulgazione reale o presunta di sue informazioni personali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B2.	è stato mai coinvolto in procedimenti giudiziari o inchieste sulla presunta violazione di una qualsiasi legge o regolamento sulla Privacy?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B3.	ha mai subito un tentativo di estorsione o di richiesta relativa all'uso dei suoi sistemi informatici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B4.	ha mai dovuto comunicare ai suoi clienti o alle autorità preposte un caso di violazione dei dati in base ad una legge di notifica della violazione dei dati negli ultimi tre (3) anni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B5.	è a conoscenza di fatti, circostanze o situazioni, eventi o operazioni che possano dar luogo a richieste di risarcimento in forza della polizza assicurativa proposta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nel caso di una qualche risposta affermativa in questa sezione, pregasi fornire dettagli su foglio separato

ATTENZIONE:

CHIUNQUE CON INTENTI FRAUDOLENTI OVVERO CON LA CONSAPEVOLEZZA DI FAVORIRE LA COMMISSIONE DEL REATO DI FRODE AI DANNI DELL'ASSICURATORE, PRESENTI UN QUESTIONARIO O PROPONGA UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO CONTENENTE DICHIARAZIONI FALSE O INGANNEVOLI POTREBBE INCORRERE NEL REATO DI FRODE ASSICURATIVA.

Firma:

Data:

Il presente questionario deve essere firmato da un soggetto che ne abbia i poteri per conto del Richiedente

Il Richiedente conferma di aver preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n.35 IVASS e successive modifiche e integrazioni.

Firma

Data: