

CYBER RISK INSURANCE - PROPOSAL FORM

AVVISO IMPORTANTE

(1) *La presente proposta deve essere compilata a penna da un dirigente e/o amministratore della Società. E' necessario rispondere a tutte le domande per consentire di formulare una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. La presente Proposta deve essere sottoscritta e datata.*

(2) *Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati in quanto il mancato adempimento di tale obbligo può rendere invalidabile la polizza o certificato, o può gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro. Per "fatto importante" si intende un fatto che verosimilmente può influenzare l'accettazione o la valutazione della proposta da parte degli Assicuratori. Se siete in dubbio su cosa può considerarsi "fatto importante", Vi preghiamo di consultare il Vostro Broker.*

(3) **POLIZZA DI RESPONSABILITÀ - FORMA CLAIMS MADE:**

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre :

1. *reclami avanzati per la prima volta nei Vostri confronti durante il periodo di validità della polizza; e*
2. *eventi dei quali veniate a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero dare origine ad un Reclamo futuro, a condizione che Voi informiate gli Assicuratori, durante il periodo di validità della polizza, delle circostanze relative a tali eventi.*

Successivamente alla scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato il reclamo si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

E' perciò consigliabile rinnovare ogni anno la polizza di assicurazione nella forma claims-made con una copertura retroattiva.

Il proponente è a conoscenza che le informazioni contenute in questo questionario supplementare divengono parte integrante della Proposta per l'assicurazione.

FIRMA _____

DATA ____/____/____

1 Informazioni generali sul Proponente

Nome o Ragione sociale del Proponente

Indirizzo del Proponente

Stato

CAP

Telefono

E-Mail

C.F./ P.Iva

Website

Data e luogo di costituzione del Proponente

Il Proponente opera dal: (mese/anno)

Nome di ogni società controllata (o copia del partecipogramma). Per ogni società controllata indicare ragione sociale inclusiva di indirizzo e P.Iva

Tutte le società controllate, saranno coperte all'interno della polizza Master e, se non specificamente richiesto dal Proponente, la copertura nei paesi ove è prevista l'emissione di una polizza locale, avverrà su base "non admitted" tramite la sola polizza Master.

Se invece richiesto dal Proponente, la copertura per le controllate estere potrà essere prestata secondo le seguenti modalità:

- a) Polizza locale: società controllate fuori UE ove non admitted not permitted;
- b) Certificato alla Master: società controllate fuori UE ove non admitted but permitted;
- c) Freedom of service (LPS): società controllate dentro UE;

Il Proponente potrà richiedere l'emissione di una polizza locale, il cui massimale sarà pari ad US\$1.000.000 o valuta equivalente, al premio pari ad US\$2.875 più tasse locali. Tale massimale sarà parte e non in aggiunta al massimale complessivo della polizza Master.

Indicare sul partecipogramma la modalità di copertura richiesta per le società controllate

Se la Società Contraente risponde "sì" ad almeno una delle domande "a", "b", "c", "d" della sezione 2) "Informazioni sul Proponente" segnate in rosso, potrà essere necessaria la compilazione di una Proposal form addizionale.

Se la Società Contraente indica in almeno una delle domande "v", "z", "aa" della sezione 2) "Informazioni sul Proponente", una percentuale superiore al 60%, potrà essere necessaria la compilazione di una Proposal form addizionale.

2		Informazioni sul Proponente							
a	Indicare se il Proponente appartiene ad una delle seguenti categorie: Servizi Finanziari (Codici SIC da 6000 a 6799 inclusi); Servizi Governativi (Codici SIC da 9100 a 9199, 9300, 9311); Gestione Infrastrutture Critiche (Codici SIC 9900); Videogiochi (Codici SIC9900); Internet Computer Technology (Codici SIC 9900); Servizi di pagamento Elettronico (Codici SIC 9900); Farmaceutico (Codici SIC 2831, 2833, 2834, 5912); Strutture sanitarie (Codice SIC da 8000 a 8091 inclusi)						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
b	Indicare se il Proponente è un ente di diritto pubblico (al 100%)						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
c	Indicare se il Proponente ha la sede legale in un paese diverso dall'Italia						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
d	Indicare se il fatturato consolidato del Proponente, come risultante dall'ultimo bilancio consolidato dello stesso, sia superiore ad €300.000.000,00						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
e	Indicare il numero dei dipendenti del Proponente								
f	Indicare se il Proponente è conforme agli standards di data security emanati da Istituzioni Finanziarie o di regolamentazione ed applicabili a tutte le giurisdizioni ai requisiti standard settoriali in cui il proponente opera (ad esempio PCI-DSS) ed, eventualmente, quale livello di compliance e' stato raggiunto						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
g	Esiste una policy scritta sulla protezione dei dati e sulla privacy che venga applicata dal proponente						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
h	Indicare il fatturato lordo annuo	Ultimo esercizio	€.....	Esercizio corrente	€.....	Stima per il prossimo esercizio	€.....		
i	Il Proponente fornisce corsi di formazione ai dipendenti che fanno uso dei sistemi informativi sulle problematiche di sicurezza e le procedure per l'utilizzo dei sistemi informatici?						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
l	Il proponente ha un piano di Disaster Recovery? (Processo o serie di procedure di recupero e protezione dell'infrastruttura IT in caso di disastro/crash del sistema IT)						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
m	Il proponente è dotato di un Continuity Plan? (Insieme di procedure che permettono ai sistemi informatici di continuare ad operare, seppur a regime ridotto, in caso di disastro/crash del sistema IT)						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	
n	Il Proponente dispone di una procedura di risposta ad eventuali accuse che considerino il materiale creato, esposto o pubblicato dalla Proponente come diffamatorio, illegale o in violazione del diritto alla privacy di terzi?						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Yes	No	

o	Selezionare quali tra i mezzi sottostanti vengono utilizzati nelle infrastrutture di rete del proponente:		
		Controlli di accesso alla rete	
		Antivirus	
		Firewall	
		Rilevatori di intrusione	
p	Il proponente ha processi di patch management o tecnologie atte a realizzare tale patch management? (Sistemi per la correzione di bug scoperti)	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Se sì, tali patches critiche vengono installati entro 30 giorni dal loro rilascio?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
q	Il Proponente dispone di un backup completo di tutti i file in un luogo sicuro diverso dalla sede centrale delle operazioni?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
r	Il proponente è mai stato oggetto di diffida da parte di un garante per la protezione dei dati o da parte di qualsiasi altro ente regolatore	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
s	Indicare se il Proponente o qualsiasi suo amministratore o dirigente, o dipendente o altro possibile assicurato è a conoscenza di informazioni su qualsiasi fatto, circostanza, situazione, evento o transazione che possano originare una richiesta di risarcimento o notifica di violazione di dati privacy sull'assicurazione proposta	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
t	Indicare se la il Proponente abbia subito eventuali intrusioni note (ossia l'accesso non autorizzato , interruzione o violazione della sicurezza) , denial of service o di qualsiasi altro attacco informatico mirato alla propria infrastruttura IT nei tre anni precedenti a questa richiesta	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
u	Indicare se il Proponente è a conoscenza di perdite, smarrimenti o divulgazioni di dati personali in suo possesso, custodia o controllo, o da parte di chiunque se ne occupi per conto della Proponente nei tre anni precedenti a questa richiesta	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
v	Indicare l'eventuale percentuale di fatturato generato online ovvero tramite vendita di prodotti/servizi del proponente tramite il proprio sito web.	%.....	
z	Indicare l'eventuale percentuale di fatturato generato da Carte di Pagamento ovvero tramite vendita di prodotti/servizi del Proponente con Carte di Pagamento dei propri Clienti.	%.....	
aa	Indicare l'eventuale percentuale di fatturato lordo annuo dell'ultimo esercizio generato da USA/Canada.	%.....	

Massimale richiesto

Indicare, in base al proprio fatturato, il riquadro giallo con il massimale richiesto:

	Massimali	€ 250.000	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 2.500.000	€ 5.000.000
	Franchigia	€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 5.000,00	€ 8.000,00	€ 10.000,00
Fatturato	up to € 1.000.000					n.d.
	€ 1.000.001 - € 5.000.000					
	€ 5.000.001 - € 7.500.000					
	€ 7.500.000 - € 20.000.000					
	€ 20.000.001 - € 50.000.000	n.d.	n.d.	n.d.		
	€ 50.000.001 - € 100.000.000	n.d.	n.d.	n.d.		
	€ 100.000.001 - € 150.000.000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	€ 150.000.001 - € 200.000.000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	€ 200.000.001 - € 250.000.000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
	€ 250.000.001 - € 300.000.000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

DICHIARAZIONE

:

Il sottoscritto, in qualità di Dirigente o Amministratore della Società della presente Proposta, dichiara quanto segue :

1. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto della Società di cui al punto 1 della presente proposta e di tutte le Società Controllate ivi indicate; e
2. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette, al meglio delle mie conoscenze e convinzioni e
3. di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta; e
4. di aver compreso che la sottomissione della presente proposta non obbliga a stipulare un contratto di assicurazione né gli Assicuratori, né la Società di cui al punto 1, né alcuna delle Società Controllate ivi indicate
5. In ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, è fatto carico alla proponente l'obbligo di immediata notifica delle variazioni medesime e i sottoscrittori potranno ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Società _____

Firma e Qualifica _____

Data ____/____/____

** E' importante che la Società, tutte le Società Controllate ed il Dirigente o Amministratore autorizzato a sottoscrivere per loro conto la Dichiarazione sopra indicata siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande. Se in dubbio, Vi preghiamo di contattare il Vostro Broker poiché l'eventuale mancata dichiarazione di fatti può influire sui diritti dell'assicurato riconosciuti ai sensi della presente assicurazione o causarne l'annullamento.*