

CyberEdge - Questionario ridotto



CONVENZIONE: **URAS Unione Regionale Albergatori Siciliani**

Nota per il Proponente: Il presente **questionario ridotto** è destinato esclusivamente a società/aziende associate ad Assodistil che abbiano un fatturato consolidato pari e/o inferiore a 50.000.000,00 (cinquantamiloni/00) di euro. Qualora non rientrate nella suddetta casistica, Vi preghiamo di richiedere al Vostro Agente/Broker di fiducia il **questionario CyberEdge** completo.

La sottoscrizione /o la compilazione del presente questionario ridotto non comporta nessun obbligo per il **Proponente**, o qualsiasi individuo o società che lo rappresenti, di acquistare questa polizza assicurativa. Vi preghiamo di voler fornire con specifiche allegazioni separate, su carta intestata della Società, qualsiasi informazione supplementare che possa avere rilevanza con riferimento alle risposte fornite alle domande di seguito formulate, e/o per completare le risposte alle domande elencate qualora lo spazio disponibile nel modulo non sia sufficiente. Per le finalità di questo **questionario**, con il termine "**Proponente**" e/o "**Assicurato**" si intende la **Società** sotto precisata ed ogni sua società controllata che debba essere inclusa in copertura. Tutte le risposte saranno considerate come risposte consolidate per il gruppo e così, per esempio, qualora con riferimento a una qualsiasi società controllata debbano essere fornite risposte differenti, queste dovranno essere rese separatamente su carta intestata della **Società**.

Informazioni sul Proponente:

Denominazione della
Società:

Descrizione
dell'attività/Industria:

Sede legale:

Fatturato consolidato:

(ultimo bilancio disponibile)

EUR

Anno Fiscale

precedente EUR

Sede amministrativa:

Indirizzo Web :

www. _____

Numero di records:

di cui classificabili dati sensibili e
tipologia:

Opzioni: Basandovi sul **fatturato consolidato** del **Proponente** nell'ultimo anno fiscale, spuntate () la casella riportante il **Premio** dell'opzione richiesta.

Massimale (Per ogni e ciascuna richiesta di risarcimento ed in aggregato per periodo assicurativo per tutte le Coperture e Estensioni)	Fatturato consolidato									
	Fino a EUR 1.000.000		Da EUR 1.000.001 a EUR 5.000.000		Da EUR 5.000.001 a EUR 10.000.000		Da EUR 10.000.001 a EUR 20.000.000		Da EUR 20.000.001 a EUR 50.000.000	
EUR 250.000,00	EUR 1.500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EUR 500.000,00	EUR 1.995	<input type="checkbox"/>	EUR 2.995	<input type="checkbox"/>	EUR 3.995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EUR 1.000.000,00	EUR 2.594	<input type="checkbox"/>	EUR 3.894	<input type="checkbox"/>	EUR 5.194	<input type="checkbox"/>	EUR 7.194	<input type="checkbox"/>	EUR 10.194	<input type="checkbox"/>
EUR 2.000.000,00	EUR 3.346	<input type="checkbox"/>	EUR 5.023	<input type="checkbox"/>	EUR 6.700	<input type="checkbox"/>	EUR 9.280	<input type="checkbox"/>	EUR 13.150	<input type="checkbox"/>
EUR 3.000.000,00		<input type="checkbox"/>	EUR 6.429	<input type="checkbox"/>	EUR 8.576	<input type="checkbox"/>	EUR 11.878	<input type="checkbox"/>	EUR 16.832	<input type="checkbox"/>
EUR 5.000.000,00		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	EUR 10.977	<input type="checkbox"/>	EUR 15.204	<input type="checkbox"/>	EUR 21.544	<input type="checkbox"/>

I Premi includono imposte al 22,25% e sono soggetti a modifica; qualora vi sia l'esigenza di richiedere un massimale superiore ad EUR 5.000.000,00, o il fatturato consolidato della vostra Società ecceda EUR 50.000.000,00, contattate il Vostro Agente/Broker di fiducia per ottenere una specifica quotazione alternativa.

Vi preghiamo di prendere nota che il presente documento non rappresenta una proposta unilaterale di contratto e che i termini e le condizioni di seguito riportati sono in ogni caso soggetti a conferma da parte dell'Assicuratore per accettazione del rischio in copertura.

Franchigia per sinistro applicabile a tutte le Coperture ad eccezione della A.1 - Pronto intervento per la quale non si applica franchigia

Fatturato fino ad EUR 5.000.000	EUR 5.000
Fatturato compreso fra EUR 5.000.001 e EUR 10.000.000	EUR 7.500
Fatturato compreso fra EUR 10.000.001 e EUR 20.000.000	EUR 10.000
Fatturato compreso fra EUR 20.000.001 e EUR 50.000.000	EUR 15.000

Coperture (sempre comprese):

	Sottolimito di Massimale	Franchigia separata
A. Gestione degli eventi:	10% massimale opzione prescelta	Franchigia di polizza
- sezioni A2, A3, A4, A5, A6, A7	EUR 50.000	Nessuna franchigia
- sezione A.1 Pronto Intervento		
B. Obblighi Privacy	10% massimale opzione prescelta	Franchigia di polizza
C. Responsabilità	Massimale opzione prescelta	Franchigia di polizza



Estensioni alla copertura (opzionali):	Sottolimito di Massimale	Franchigia separata "€" / scoperto "%" / periodo di carenza "ore"	Premio addizionale spuntate (☑) l'opzione richiesta
Responsabilità derivanti da Attività Multimediali	50% massimale opzione prescelta	Franchigia di polizza	10 % del premio base SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Danno da blocco del sistema (in house), costi di interruzione e di mitigazione	Massimale opzione prescelta	12 ore	25 % del premio base SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Estorsione con minaccia relativa al sistema informatico	50% massimale opzione prescelta	10% min franchigia di polizza	5 % del premio base SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Copertura del Fornitore esterno di servizi (N.B.: da richiedere sempre qualora il Data Center sia esternalizzato in web host/server farm per ottenere copertura in caso di danno da blocco del sistema di quest'ultimo)	50% massimale opzione prescelta	Sezioni 2, 3 e 5 dell'estensione: Franchigia di polizza Sezione. 4 : 12 ore / 10% del Danno al sistema	25 % del premio base SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Calcolo del Premio (da compilarsi a cura del Vostro intermediario):			
Premio base:	EUR ,		
Premio addizionale per Estensioni alla copertura (opzionali):	EUR , (se applicabile)		
PREMIO TOTALE DOVUTO :	EUR , include imposte al 22,25%		
Condizioni:			
Normativo applicabile:	AIG CyberEdge2.0 Vers: CyberEdge 2014		
Data di retroattività:	data di decorrenza		
Periodo assicurativo richiesto:	12 mesi con decorrenza dalle ore 24:00 (ora locale) del: ____/____/____		
Validità della quotazione :	30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente Dichiarazione		

Dichiarazioni sulle caratteristiche dell'Assicurato:

<p>Io sottoscritto _____ in qualità di _____ del Proponente, dopo accurata verifica, confermo che la Società e le sue società controllate:</p>	<p>DICHIARAZIONI (si prega di spuntare SI <input checked="" type="checkbox"/>) per confermare la veridicità di ciascuna affermazione)</p>
<p>A) Non sono un'Istituzione Finanziaria, non svolgono attività sanitaria, di Call Center, Telemarketing, Processamento di dati di terzi (outsourcers), Servizi Internet Web (NOTA DELL'ASSICURATORE: rientrano in tale attività, a titolo meramente esemplificativo quella di motore di ricerca, payment processor, registrazione e mantenimento domini, servizio di Hosting, Housing e Colocation, Server di posta, ecc. -, Telecomunicazioni):</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>B) dispongono su tutti i sistemi informatici, inclusi i dispositivi portatili (es. laptop/tablet/smartphone) di presidi per la protezione del software e la sicurezza delle informazioni in essi archiviate (Protezione Antivirus, Firewall, Software per il rilevamento delle intrusioni e verifica della vulnerabilità):</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>C) hanno in essere processi per garantire che tutti i dati confidenziali siano crittografati quando archiviati o in trasmissione e controlli per monitorare l'accesso non autorizzato ai dati personali (NOTA DELL'ASSICURATORE: IN CASO DI DICHIARAZIONE NEGATIVA (NO <input checked="" type="checkbox"/>) VI INVITIAMO A LEGGERE CON ATTENZIONE E SOTTOSCRIVERE LA DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA IN CALCE AL PRESENTE QUESTIONARIO):</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>*</p>
<p>D) Hanno procedure di back up e ripristino per tutti i sistemi critici (MISSION CRITICAL SYSTEMS), i dati e i beni rappresentati da informazioni:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>E) Non hanno alcun domicilio operativo e/o introito/fatturato derivante dai territori/giurisdizioni di USA e/o Canada:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>F) Hanno in essere controlli su tutti i dipendenti e gli altri utenti che hanno "privilegi di accesso" ai dati sensibili:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>G) Hanno un e-shop (prenotazione e acquisto soggiorni) conforme agli standard PCI-DSS ed un fatturato on-line non superiore al 30 % del fatturato complessivo:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nessun e-shop <input type="checkbox"/></p>
<p>H) Dispongono esclusivamente di sistemi POS conformi agli standard PCI-DSS (certificati) messi a disposizione da fornitore esterno (es. Banca) autorizzato e certificato, custoditi nei locali di esercizio 24/7 al fine di proteggerli da intrusioni/manomissioni, controllati periodicamente dal fornitore e dispongono, altresì, di un processo formale per monitorare l'integrità da malware dei sistemi (POS) e delle reti utilizzate per le transazioni (anch'esse conformi agli standard PCI-DSS):</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>I) Hanno un Business Continuity Plan (BCP) o un Disaster Recovery Plan (DRP) scritto ed in essere:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>L) Dopo una attenta verifica con i nostri amministratori, dirigenti e/o facenti funzioni, nessuno ha conoscenza di un qualsiasi atto o omissione o fatto, evento o circostanza dalla quale potrebbe derivare una perdita coperta ai sensi del presente copertura assicurativa CyberEdge:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Nota: Qualora abbiate spuntato NO <input checked="" type="checkbox"/> per una qualsiasi delle dichiarazioni sopra proposte (ad esclusione della "C" ovvero abbiate dichiarato alla dichiarazione "G" di non avere alcun "e-shop"), Vorrete fornire chiarimenti per iscritto utilizzando la pagina bianca in calce al presente questionario allegando ogni informazione di dettaglio utile a descrivere il vostro rischio e contattare il Vostro Agente/broker di fiducia per ottenere una specifica quotazione alternativa.</p>	
<p>Dichiarazione finale (Da sottoscrivere a cura di un Socio, Amministratore, Presidente, Procuratore o equivalente):</p>	



Il **sottoscritto**, in qualità di legale rappresentate/procuratore della Proponente, in nome e per conto della Società e delle sue società controllate, consapevole delle conseguenze derivanti ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile per dichiarazioni inesatte e/o reticenti, **dichiara e concorda che:**

- ✓ tutte le dichiarazioni/affermazioni e i particolari forniti in questa **questionario ridotto** sono veri e che nessun fatto significativo è stato sottaciuto.
- ✓ questo **questionario ridotto**, unitamente ad ogni altra informazione fornita separatamente, formi parte integrante e base del contratto assicurativo che dovesse conseguirne.

Il **sottoscritto**, nella qualità anzidetta, dichiara altresì di:

- ✓ aver ricevuto e letto il fascicolo informativo unitamente al normativo e le estensioni/esclusioni applicabili ed aver totalmente compreso le finalità dello stesso ed in particolare le esclusioni e le limitazioni ivi contenute;
- ✓ essere consapevole che questo **questionario ridotto** non impegna l'Assicuratore alla sottoscrizione del contratto essendo soggetto ad approvazione finale da parte di AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il **sottoscritto**, sempre nella qualità anzidetta, impegna infine la Società e le sue società controllate a informare l'Assicuratore di qualsiasi **modificazione significativa** rispetto a quanto dichiarato che intervenga prima del perfezionamento del contratto di assicurazione intendendosi per **Modificazione significativa** quella che possa influenzare l'accettazione o l'analisi del rischio da parte dell'Assicuratore.

Firma per esteso

Titolo/Funzione

Nome e Cognome del sottoscrittore

Data

(IN STAMPATELLO)

*** Dichiarazione aggiuntiva per società che abbiano spuntato ("NO") con riferimento alla dichiarazione "C" che precede relativa ai processi di crittografia**

Il **sottoscritto**, in qualità di legale rappresentate/procuratore della Proponente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., in nome e per conto della Società e delle sue società controllate, prende atto e concorda che in funzione della risposta negativa fornita con riferimento alla dichiarazione "c" di cui sopra la copertura assicurativa richiesta sarà prestata prevedendo una esclusione per le perdite derivanti, basate e/o comunque riferibili alla mancata installazione e/o implementazione da parte nostra di adeguati sistemi di crittografia con riferimento a Dati informatici, inclusi i segreti industriali e le informazioni professionali.

(Da sottoscrivere a cura di un Socio, Amministratore, Presidente o equivalente)

Firma per esteso

Titolo/Funzione

Nome e Cognome del sottoscrittore

Data

(IN STAMPATELLO)



PAGINA BIANCA PER ANNOTAZIONI CLIENTE (DA DATARE E SOTTOSCRIVERE CON TIMBRO)

LUOGO/DATA _____

TIMBRO _____

FIRMA _____