

CERERE – CHESTIONAR DE ASIGURARE/Questionnaire - proposal form

privind asigurarea de răspundere civilă profesională a intermediarilor principali /
regarding professional liability insurance of the main intermediaries

(constituie parte integrantă și completează polița de răspundere civilă profesională a intermediarilor principali)/
(is integrand part and also complete the policy regarding professional liability insurance of the main intermediaries)

1.	Solicitant/Asigurat Applicant/Insured	
2.	Sediul social / Registered office	
3.	Tel. / fax. / Phone / Fax.	
4.	Numărul de înregistrare la Registrul Comerțului / Fiscal Registration Number	
5.	Numărul autorizației emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară / Document of establishing, license no.	
6.	Numărul angajaților/No. of employees	
7.	Tipul activităților desfășurate pentru clienți, conform autorizației/ segmentul de asigurări intermediare / the intermediate insurance segment	<input type="checkbox"/> Life și Non-Life <input type="checkbox"/> Life <input type="checkbox"/> Non-Life
	negocierea contractelor de asigurare/insurance contracts negotiation	pe piața internă/on the local market <input type="checkbox"/> pe piața internațională/on the international market <input type="checkbox"/>
	negocierea contractelor de reasigurare/ reinsurance contracts negotiation	pe piața internă/on the local market <input type="checkbox"/> pe piața internațională/on the international market <input type="checkbox"/>
	inspecție de risc/ risk inspection	
	regularizare în caz de daună/ damage settlement	
	comisariat de avarie/ damage committee	
	alte activități (precizari)/other activities (details)	
8.	Vă asumați întreaga răspundere pentru asistenții în brokeraj cu care aveți contract de colaborare? / Do you take full responsibility for brokerage assistants with whom you have a collaboration contract? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> NU / <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Dacă da, va rog să indicați pentru fiecare: Nume, prenume, Denumire, Adresa/Sediul social, CNP/ CUI / If yes, please indicate for each: Name, Surname, Name, Address / Headquarters SSN/TIN	
9.	Clienți cu care aveți încheiate contracte de brokeraj, ponderea acestora/Share of clients with whom you have concluded brokerage contracts:	
	- persoane fizice/individuals <input type="checkbox"/>	%
	- persoane juridice/legal bodies <input type="checkbox"/>	%
10.	Ați mai încheiat o poliță de răspundere profesională anterior?/ Have you previously been insured for professional liability insurance?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da, precizați/ If so, please specify: - societatea de asigurare/the Insurer: _____ - perioada de asigurare/insurance period: _____ - despăgubiri plătite/paid indemnities: _____
11.	În activitatea desfășurată până în prezent ați primit vreo cerere de despăgubire? / Have you had any claims related to your professional activity?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da, detaliați/If so, please details:

12.	În prezent, aveți cunoștință de evenimente ce ar putea da naștere unor cereri de despăgubiri în viitor? / Do you know any circumstances that could cause any claims against you?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da, detaliați/If so, please details:
13.	Valoarea totală a comisioanelor de intermediere încasate în anul financiar anterior/The total amount of fees cashed in the previous financial year	
14.	Limita răspunderii solicitată pe perioada asigurată*/ Aggregate limit of insurance	<input type="checkbox"/> EURO
	Limita răspunderii pe eveniment/limit of insurance per event dar limitată la/but limited at:	<input type="checkbox"/> EURO
<p><i>Conform Regulamentului Delegat (UE) 1935/2019, Intermediarii de asigurări și reasigurări trebuie să dețină o asigurare de răspundere civilă profesională care să acopere întregul teritoriu al Uniunii sau altă garanție comparabilă pentru răspunderea care decurge din neglijența profesională, în valoare de cel puțin 1.300.380 EUR pentru fiecare solicitare de despăgubiri și în valoare globală de 1.924.560 EUR pe an pentru totalitatea solicitărilor de despăgubiri, cu excepția cazului în care o astfel de asigurare sau garanție comparabilă le este pusă la dispoziție de o întreprindere de asigurare sau de reasigurare sau de altă întreprindere în numele căreia intermediarul de asigurări sau de reasigurări acționează sau este împuternicit să acționeze sau dacă întreprinderea respectivă și-a asumat întreaga răspundere pentru acțiunile intermediarului</i></p>		
15.	Franșiza solicitată/Requested deductible	
16.	Perioada de asigurare/Insurance period	De la: _____ până la: _____
	Perioada retroactivă/Retroactive period	<input type="checkbox"/> 12 luni
	Perioadă extinsă de raportare a daunelor/ Extended reporting period	<input type="checkbox"/> 12 luni

INFORMARE PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL

Societatea de Asigurare – Reasigurare CITY INSURANCE S.A. vă informează că, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (Regulamentul privind Protecția Datelor nr. 679/ 2016), colectează și prelucrează date cu caracter personal; scopurile prelucrării, temeiul juridic al prelucrării, durata prelucrării, destinatarii datelor cu caracter personal colectate, drepturile individuale, modalitățile de exercitare a drepturilor sunt prezentate în cuprinsul **Notei de Informare**.

DECLARAȚII SOLICITANT /ASIGURAT

Prin semnarea prezentei, declar în mod expres că:

- datele prezentate în această Cerere-Chestionar constituie declarația mea, exactă și reală privind riscul și sunt de acord ca acest document să facă parte integrantă din contractul de asigurare și să stea la baza evaluării riscului de către Asigurător. Am înțeles și sunt de acord ca City Insurance să nu acorde despăgubiri în cazul în care constată că datele furnizate în această declarație nu corespund adevărului, sau pe parcursul asigurării nu am adus la cunoștință orice informație de natură să modifice condițiile de asigurare inițiale, înțelegând că declarațiile false pot implica, după caz, răspundere penală (conform legislației în vigoare).
- am citit și am înțeles conținutul rubricii "Notei de Informare" și mă oblig să transmit documentul tuturor persoanelor pentru care solicit asigurarea;
- am obținut, anterior formulării cererii de asigurare, acordul persoanei pentru care solicit asigurarea, în vederea comunicării către City Insurance, a datelor cu caracter personal ale acesteia pentru prelucrarea descrisă în Nota de Informare.

SOLICITANT/ASIGURAT
APPLICANT/INSURED

(numele, semnătura și ștampila)/(name, signature and stamp)
L.S

Data completării.