

QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE DOTTORI COMMERCIALISTI, RAGIONIERI COMMERCIALISTI, CONSULENTI DEL LAVORO

ATTENZIONE

LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NÉ IL PROPONENTE NÉ GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "CLAIMS MADE" il che significa che l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione e da questi denunciate all'Assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato. Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori e quindi è necessario rispondere a tutte le domande in modo esauriente compilando il questionario in modo esauriente, datandolo e firmandolo.

DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATO.....
 MAIL..... CELLULARE.....
 NATO IL A..... PR.....
 COD.FISCALE..... P.IVA.....
 INDIRIZZOCITTÀ.....
 PR.....CAP..... N°/DATA ISCRIZIONE ALL'ALBO DATA INIZIO ATTIVITÀ

ATTIVITÀ DA ASSICURARE:

DOTT.COMMERCIALISTA RAG.COMMERCIALSTA REVISORE CONTABILE CONSULENTE DEL LAVORO
 TRIBUTARISTA E.D.P

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA':

PROFESSIONISTA INDIVIDUALE STUDIO ASSOCIATO/ASS.NI PROF.

SE STUDIO ASSOCIATO INDICARNE LA DENOMINAZIONE:

SI RICHIEDE LA COPERTURA PER L'ATTIVITÀ PERSONALE SVOLTA CON PROPRIA P. IVA DA PARTE DEI SOCI? SI No

I Professionisti abilitati al rilascio delle certificazioni, di cui al seguente elenco, si intendono Assicurati ai fini dell'apposizione dei Visti di Conformità, delle asseverazioni e delle certificazioni tributarie rilasciate

NOME/COGNOME	CODICE FISCALE	ABILITATO AL RILASCIO DEL VISTO DI CONFORMITA'
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO PER SINISTRO E PER ANNO ASSICURATIVO
 € 250.000 € 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000 € 2.500.000 Altro: €

PERIODO DI RETROATIVITÀ RICHIESTA
 1anno 2 anni 3 anni 4 anni 5 anni 10 anni Come precedente polizza (**DATA**): **ILLIMITATA**
INFORMAZIONI SUL FATTURATO E DETTAGLI DELL'ATTIVITÀ'
SOCIETÀ EDP – SI VUOLE ESTENDERE L'ASSICURAZIONE ALLA SOCIETÀ DI EDP INDICATA? Si No
DENOMINAZIONE: **P. IVA**

Il Proponente dichiara che la predetta società EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata. In caso contrario si prega di fornire dettagli:

FATTURATO EDP ANNO PRECEDENTE €
FATTURATO STIMA ANNO CORRENTE €
SPLIT DEL FATTURATO:

INSERIRE IL FATTURATO RELATIVO AD OGNI ATTIVITÀ SOTTO ELENcata:		ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
CONTABILITÀ/CONSULENZA FISCALE/MANAGERIALE		€	€
CONSULENZA DEL LAVORO		€	€
SINDACO, REVISORE LEGALE	NR. NOMINE	€	€
PRESIDENTE O CDA	NR. NOMINE	€	€
REVISORE ENTI PUBBLICI	NR. NOMINE	€	€
ODV	NR. NOMINE	€	€
INSOLVENZE, LIQUIDAZIONI E CURATELE		€	€
ACQUISIZIONI, FUSIONI, SCISSIONI E INCORPORAZIONI		€	€
C.T. U		€	€
VISTO PESANTE, CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA		€	€
VISTO DI CONFORMITÀ CON 730	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	€	€
VISTO DI CONFORMITÀ SENZA 730	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	€	€
ALTRO (SPECIFICARE SEMPRE):		€	€
TOTALE FATTURATO (ESCLUSA EVENTUALE ATTIVITÀ EDP)		€	€

ALTRE ATTIVITÀ ESERCITATE, FUNZIONI SVOLTE, GARANZIE ED ESTENSIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE COPERTURA

	SI	NO
AMMINISTRATORE DI STABILI E CONDOMINI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIAZIONE CIVILE, COMMERCIALE E TRIBUTARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNZIONI SVOLTE DAVANTI ALLE COMMISSIONI TRIBUTARIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTIVITÀ DI LIBERA DOCENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAZIONE VOLONTARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUSTODE GIUDIZIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DELEGATO ALLE ESECUZIONI IMMOBILIARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEMBRO DI ORGANISMO DI COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTESTATORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GESTORE DELLA CRISI LEGGE 03/2012, OSSERVATORI CONCORDATI FALLIMENTARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEGGE N. 190 (LEGGE DI STABILITÀ 2015) CREDITO DI IMPOSTA ATTIVITÀ RICERCA E SVILUPPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOLUNTARY DISCLOSURE (LEGGE BILANCIO 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RC DELLA CONDUZIONE DELLO STUDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO (SPECIFICARE SEMPRE):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IL PROPONENTE È STATO MAI ASSICURATO PER L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE?

 Si

 No

COMPAGNIA.....	DATA DI SCADENZA.....	RETROATTIVITÀ (n° anni /data):
N° ANNI COPERTURA CONTINUA:	MASSIMALE €.....	PREMIO PAGATO: €.....

DATA:

NOME E FUNZIONE DI CHI FIRMA:

SINISTRI E CIRCOSTANZE

1) SONO STATI RISARCITI DANNI O AVETE AVUTO RICHIESTE DI RISARCIMENTO, ACCETTATE O RESPINTE, RELATIVE AD ERRORI, OMISSIONI O NEGLIGENZE PROFESSIONALI NEGLI ULTIMI 5 ANNI?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) CI SONO DELLE AZIONI PENDENTI O CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE LUOGO A QUALSIASI TIPO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) VI SONO CONTRATTI CESSATI O CHE ANDRANNO A CESSARE PERCHÉ L'IMPRESA ASSICURATRICE NE HA RIFIUTATO IL RINNOVO OPPURE HA ESERCITATO IL DIRITTO DI RECESSO PER SINISTRO?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

SI RICORDA CHE È NECESSARIO SEGNALARE QUALSIASI CIRCOSTANZA POTENZIALMENTE CAPACE DI GENERARE UN SINISTRO O DALLA QUALE POTREBBE RAGIONEVOLMENTE DERIVARE UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DA PARTE DI TERZI NEI SUOI CONFRONTI E CHE, IL MANCATO ADEMPIMENTO DI DETTO OBBLIGO, PUÓ COMPORTARE L'INVALIDITÀ DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E/O LA PARZIALE O TOTALE PERDITA DEL DIRITTO AL RISARCIMENTO DEL DANNO AI SENSI DELL'ART.1892 COMMA 1 DEL CODICE CIVILE: "Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave"

SI PREGA DI FORNIRE I SEGUENTI DETTAGLI SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE 3 DOMANDE DELLA SEZIONE "SINISTRI E CIRCOSTANZE":

DATA DELL'EVENTO/CIRCOSTANZA O SINISTRO: DATA NOTIFICA/ ACCADIMENTO:

NOMINATIVO DELLA CONTROPARTE/DEL RECLAMANTE:

AMMONTARE DELLA PERDITA/ DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO (IN MANCANZA DI QUESTI DATI STIMA DEL POTENZIALE DANNO O DELLA PRETESA RISARCITORIA): €

BREVE DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati: rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario. La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

DATA:

NOME E FUNZIONE DI CHI FIRMA:

ELENCO INCARICHI

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ DI AMMINISTRATORE/MEMBRO C.D.A/SINDACO/ REVISORE/MEMBRO ODV

AZIENDA	FATTURATO ULTIMO ESERCIZIO	SETTORE	DATA NOMINA	QUOTATA IN BORSA?
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	€			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alcune delle società in Elenco hanno un patrimonio netto negativo?			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcune delle società in Elenco sono in Bancarotta?			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcune delle società in Elenco sono in difficoltà finanziaria?			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alcune delle società in Elenco sono istituti finanziari o banche			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tra le aziende alle quali il Proponente e/o Studio HA RESO NEI PASSATI 5 ANNI PRESTAZIONI PROFESSIONALI (ORA CESSATE) nella funzione di Sindaco, Revisore Contabile o Amministratore ve ne è qualcuna che si trova in stato di insolvenza dichiarata, con patrimonio netto negativo, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra procedura concorsuale?			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In caso di risposta affermativa fornire dettagli:				
.....				
.....				

DATA:	NOME E FUNZIONE DI CHI FIRMA:
--------------------	--