

Responsabilità civile Commercialista, Consulente del Lavoro, Revisore ed Avvocato

Questionario

Avviso Importante

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengono necessari ai fini della corretta valutazione del rischio

È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1 Il Proponente: _____

1.2 Attività Esercitata _____ 1.3 Partita Iva: _____

1.4 Denominazione in caso di Studio: _____

1.5 Sede Legale: _____

1.6 Professionisti che formano lo Studio:

N. 1 _____ Iscrizione all'albo? Si No

N. 2 _____ Iscrizione all'albo? Si No

N. 3 _____ Iscrizione all'albo? Si No

N. 4 _____ Iscrizione all'albo? Si No

1.7 Società EDP – si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP indicata? Si No

Fatturato € _____

Denominazione _____

Sede Legale _____

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 _____

2. INFORMAZIONI FINANZIARIE

2.1 Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno dei passati 3 anni (esclusa attività EDP)

a) € _____ 2012

b) € _____ 2011

c) € _____ 2010

2.2 Fatturato previsto per l'anno in corso € _____

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

3.1 Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?

Si No

In caso di risposta affermativa, si prega di riportare dettagli al fine della verifica della copertura continua – se indicata.

3.2 Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? Si No

In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:

(a) Assicuratori _____ (b) Massimale € _____

(c) Franchigia € _____ (d) Scadenza _____

(e) Numero di anni di copertura continua _____

NB. Se non assicurati attualmente, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati

3.3 Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo – In caso affermativo si prega di fornire dettagli Si No _____

Gli Assicuratori precedenti hanno mai:

Rifiutato il rinnovo?

Si

No

Richiesto clausole limitative o restrittive?

Si

No

Richiesto aumenti di premio?
 Stornato o cancellato le coperture?
 Se si, fornire dettagli completi _____

Si No
 Si No

4. ATTIVITA' BASE

MASSIMALE DI POLIZZA	EUR 250,000	EUR 500,000	EUR 1,000,000	EUR 1,500,000	EUR 2,000,000	EUR 2,500,000	EUR 3,000,000	EUR 5,000,000
	○	○	○	○	○	○	○	○
ESTENSIONI DI COPERTURA	Insolvenza e Liquidazione fino al 40% del fatturato totale; Responsabilità Solidale, Fusioni, Acquisizioni ed Incorporazioni; Gestione Condomini.	Insolvenza e Liquidazione fino al 40% del fatturato totale; Responsabilità Solidale, Fusioni, Acquisizioni ed Incorporazioni; Gestione Condomini; Conduzione studio con Massimale pari ad EUR 500,000 * Attività di Mediazione.	Insolvenza e Liquidazione fino al 40% del fatturato totale; Responsabilità Solidale, Fusioni, Acquisizioni ed Incorporazioni; Gestione Condomini; Conduzione studio con Massimale pari ad EUR 500,000 *; Attività di Mediazione; Visto Leggero; Visto Pesante.					
RETROATTIVITA'	1 anno	1 anno	1 anno	1 anno	1 anno	1 anno	1 anno	1 anno

* Conduzione dello studio - situato in _____ (CITTA') ; _____ (INDIRIZZO E CAP)

5. ATTIVITA' BASE – se il Proponente NON rientra nelle condizioni riportate nella precedente tabella compilare integralmente il punto 5 del questionario, in caso contrario lasciare in bianco

5.1 Insolvenze, Liquidazioni e Curatele (SE SUPERIORE AL 40% DEL FATTURATO TOTALE)
 ○ _____ %

5.2 Periodo di Retroattività: indicare il numero di anni di retroattività richiesti _____

ATTENZIONE! Per poter usufruire della Copertura Continua, controllate la correttezza delle indicazioni riportate al precedente punto 3 – in assenza di tali informazioni la copertura Continua NON sarà garantita.

6. ATTIVITA' EXTRA ORDINARIA (si richiede l'integrale compilazione del punto 6 se il Proponente desidera l'inclusione in copertura delle specifiche estensioni richiamate)

6.1 Il Proponente richiede l'inclusione in copertura dell'attività sindacale e/o di revisione interna e/o esterna svolta?

○ SI ○ NO

Indicare il numero di Incarichi _____

Indicare la percentuale di fatturato riconducibile all'attività sindacale e/o di revisione interna e/o esterna _____

Indicare la ragione sociale delle società per le quali viene e/o è stata svolta l'attività suddetta

	IN CORSO	CESSATA
1) _____	○	○
2) _____	○	○
3) _____	○	○
4) _____	○	○
5) _____	○	○
6) _____	○	○
7) _____	○	○
8) _____	○	○
9) _____	○	○
10) _____	○	○

6.2 Il Proponente richiede la riduzione del Massimale nella misura del 50% limitatamente all'estensione legata all'attività sindacale?
 SI NO

6.3 Il Proponente richiede l'inclusione in copertura dell'attività svolta quale **Consigliere di Amministrazione**?
 SI NO
Indicare il numero di Incarichi _____
Indicare la percentuale derivante da tale estensione _____

Compilare la tabella sottostante con i dati delle società per le quali viene richiesta tale estensione:

	SOCIETA'	SETTORE	NUMERO IMPIEGATI	FATTURATO ULTIMO ESERCIZIO	RISULTATO OPERATIVO
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

6.4 Se l'attività di Sindaco/Revisore rappresenta il 100 % del fatturato, si prega di compilare ed allegare il modulo "Dichiarazione Attività 100 per cento Sindaco"

7. SINISTROSITÀ PREGRESSA

a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?
 SI NO

b) Il proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?
 SI NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA O PIÙ DELLE SUDETTE DOMANDE, SI PREGA DI RIPORTARE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

8. DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
- c) dichiara di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente sottoposti a procedure concorsuali**
- d) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
- e) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio

Nome e Cognome _____

Firma _____

Data _____

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

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

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made» così come sopra specificato;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Firma

Data

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma

Data