

MODULO DI PROPOSTA

AVVERTENZA

Il Modulo di Proposta standard per l'assunzione del rischio (più brevemente identificato come Questionario) stabilito dagli Assicuratori è contenuto in questa sezione del Fascicolo Informativo.

Si precisa che, quantunque questo Modulo di Proposta rappresenti lo standard richiesto dagli Assicuratori, ai fini della conclusione e sottoscrizione del contratto gli Assicuratori, a propria totale discrezione, si riservano il diritto di accettare proposte formulate e sottoscritte dai Contraenti su formulari alternativi a quello contenuto in questa sezione del Fascicolo Informativo.

- a. Gli assicuratori non possono esaminare costruttivamente proposte che abbiano risposte mancanti o insufficienti. Si prega di rispondere in modo completo ed esauriente ad ogni domanda.
- b. Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare ("assicurandi") e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.
- c. Le risposte e le informazioni date costituiscono dichiarazioni su cui si baserà il contratto, se questo sarà stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- d. LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NE' IL PROPONENTE NE' GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

L'assicurazione, se stipulata, sarà nella forma "CLAIMS MADE", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione quale definito in contratto, e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad errori/omissioni commessi dopo la data di retroattività convenuta.

IL PROPONENTE:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto.</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce Elenco dei Professionisti che formano lo Studio che segue, che con lui condividono lo Studio all'indirizzo sotto indicato.</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono in qualità di associati (elencati alla voce Elenco dei Professionisti che formano lo Studio che segue).</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono anche per attività svolta in nome e per conto proprio (elencati alla voce Elenco dei Professionisti che formano lo Studio che segue).</i> |

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente _____

P. IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____

 Dottore / Rag. Commercialista Studio multidisciplinare Commercialista / Avvocato
 Consulente del Lavoro Tributarista Revisore Legale dei Conti

Se Studio Associato indicare Denominazione Studio _____

Elenco dei Professionisti che formano lo Studio

Nome	Cognome	Iscrizione Albo Prof.	Abilitato al Visto di Conf
		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"/>

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo
 €250,000 €500,000 €1,000,000 €1,500,000 €2,000,000 €2,500,000
 €5,000,000 altro € _____

Franchigia richiesta:

Attività Standard	Consigliere d'Amministrazione/Sindaco di Società o altri Enti/Revisore/ODV	Società EDP
€	€	€

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

Denominazione:	
Sede Legale:	
Fatturato attività EDP previsto per l'anno in corso	€
Fatturato attività EDP anno precedente	€

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:

GARANZIE AGGIUNTIVE RICHIESTE

A) Attività di Amministratore di Stabili	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B) Vincolo di Solidarietà	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
C) Fusioni, Scissioni ed Acquisizioni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
D) Visto Pesante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E) Consigliere d'Amministrazione/Sindaco di Società o altri Enti/Revisore	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
F) Insolvenze, Liquidazioni e Curatele	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
G) ODV EX D. LGS. 231/01	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
H) Visto di Conformità con 730 Precompilato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I) Continuous Cover	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Retroattività – numero di anni richiesti	

INFORMAZIONI FINANZIARIE	ANNO PRECEDENTE	ANNO IN CORSO
Fatturato Attività Standard (escluse le attività di seguito riportate)	€	€
Fatturato Sindaco Revisore CDA	€	€
Fatturato ODV	€	€
Consulente del Lavoro	€	€
Insolvenze, liquidazioni, curatele e perizie	€	€
Altro (specificare)	€	€
TOTALE	€	€

Parte delle attività indicate viene svolta per conto di società quotate in Borsa? **Si** **No**

In caso affermativo indicare i dettagli: _____

Numero di nomine per attività di Amministratore, Sindaco o Revisore ODV per ogni singolo professionista: _____

SINISTRI E CIRCOSTANZE

<p>Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Tra le aziende alle quali il Proponente e/o Studio rende CORRENTEMENTE prestazioni professionali nella funzione di Sindaco, Revisore Contabile o Amministratore ve ne è qualcuna che si trova attualmente in stato di insolvenza dichiarata, con patrimonio netto negativo, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra procedura concorsuale?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>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?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>

ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
---	---

PRECEDENTI ASSICURATIVI

Periodo		Impresa assicuratrice Assicuratore in corso	Limite di indennizzo Massimale in corso
dal	al		
Retroattività in corso: Anni di assicurazione continuativa:			

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 (reclamo)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
---	---

Data	Firma _____
-------------	-----------------------

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato: - presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella proposta sopra riportata?
 Do il consenso Nego il consenso

Luogo Data
 Nome Cognome Firma leggibile.....

POLIZZA DI TUTELA LEGALE

Esiste già una polizza a garanzia delle spese legali e peritali in sede civile e penale?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sono Interessato a valutare una proposta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

POLIZZA DI MULTIRISCHIO DELL'UFFICIO

Esiste già polizza una polizza MULTIRISCHI dell'ufficio?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Sono Interessato a valutare una proposta?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Mq ufficio	Numero Addetti	Valore Contenuto	Valore Macchine Elettroniche	Somma assicurata x Furto	Massimale RCT/O

Data	Firma _____
-------------	-----------------------