





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

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

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

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

INFORMAZIONI FINANZIARIE	ANNO PRECEDENTE	ANNO IN CORSO
<b>Fatturato Attività Standard (esclusa attività di Sindaco, Revisore, CDA, ODV ed eventuale attività EDP)</b>	€	€
<b>Fatturato Sindaco Revisore CDA</b>	€	€
<b>Fatturato ODV</b>	€	€
<b>Consulente del Lavoro</b>	€	€
<b>Insolvenze, liquidazioni, curatele e perizie</b>	€	€
<b>Altro (specificare)</b>	€	€
<b>TOTALE</b>	€	€

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 <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?</p>	<p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto <b>sinistri</b> per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni?</p>	<p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Tra le aziende alle quali il Proponente e/o Studio rende <b>CORRENTEMENTE</b> 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><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Tra le aziende alle quali il Proponente e/o Studio <b>HA RESO NEI PASSATI 5 ANNI PRESTAZIONI PROFESSIONALI (ORA CESSATE)</b> 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><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

<p>Ai proponenti è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?</p>	<p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>
<p>Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?</p>	<p><b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio</p>

**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)?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <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?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
Sono Interessato a valutare una proposta?	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>

**POLIZZA DI MULTIRISCHIO DELL'UFFICIO**

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

<b>Data</b>	<b>Firma</b>  _____
-------------	---------------------------