

**Questionario per la richiesta di copertura
Responsabilità civile
Dottori Commercialisti, Ragionieri Commercialisti, Consulenti del Lavoro**

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 ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio. È importante che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa copertura al fine di rispondere correttamente alle domande qui contenute; ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente _____

P. IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ PR _____

Dott.re Commercialista **Ragioniere Commercialista** **Consulente del Lavoro**

Se Studio Associato indicare:

Denominazione Studio _____

Elenco dei Professionisti che formano lo Studio:

Nome	Cognome	Iscrizione Albo Professionale
		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 - 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

Altro € _____

INFORMAZIONI FINANZIARIE – FATTURATO

Fatturato previsto per l'anno in corso (esclusa eventuale attività EDP)	€
Fatturato anno precedente (esclusa eventuale attività EDP)	€

Divisione Introiti lordi (in percentuale del totale)	Anno precedente	Stima anno corrente
Contabilità/Consulenza fiscale/Manageriale/ C.T.U.	%	%
Sindaco	%	%
Presidente o CdA	%	%
Revisore	%	%
ODV	%	%
Consulenza del lavoro	%	%
Altro (specificare)	%	%
Totale	100 %	100 %

Parte delle attività indicate viene svolta presso Financial Institutions, Compagnie di Assicurazione, Società quotate in Borsa, Società in procura concorsuale o con patrimonio netto negativo? **SI** **NO**
 In caso affermativo indicare i dettagli: _____

Numero di nomine per attività di Amministratore, Sindaco o Revisore: _____

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

Retroattività – numero di anni richiesti	
Insolvenze, Liquidazioni e Curatele/Gestore della crisi Legge 03/2012/Osservatori concordati fallimentari	<input type="checkbox"/> Fino al 10% dell'attività <input type="checkbox"/> Fino al 30% dell'attività <input type="checkbox"/> Sup. al 30% dell'attività
Visto Leggero /730/IRPEF IRES (SEMPRE INCLUSO MASSIMALE € 3.000.000,00)	<input checked="" type="checkbox"/>
Visto Pesante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fusioni e acquisizioni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Delegato alle esecuzioni immobiliari	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
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

Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

- (a) Nome degli Assicuratori _____
- (b) Data di scadenza _____
- (c) Numero di anni di copertura precedente continua _____

SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

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) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
- 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

Firma: _____ Nome e Cognome/Denominazione _____

Data: _____