

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

Responsabilità Civile Professionale delle
PROFESSIONI ECONOMICHE

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta 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.

"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" (Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

1. DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE/ ASSICURANDO

Nome e Cognome/ Ragione Sociale

Indirizzo

Città

Provincia

C.A.P.

Codice Fiscale

Partita Iva

Telefono cellulare

Indirizzo email

2. CAMPO DI ATTIVITÀ ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

☐

COMMERCIALISTA

☐

CONSULENTE DEL LAVORO

☐

TRIBUTARISTA

☐

SOCIETÀ EDP

2.2 Professionista neo abilitato o Studio/ Società tra Professionisti neo costituita?

☐

SI

☐

NO

2.3 Svolta in qualità di:

☐

PROFESSIONISTA INDIVIDUALE

- Anno Iscrizione Albo:

☐

STUDIO ASSOCIATO/ SOCIETÀ

- Anno Inizio Attività:

2.4 In caso di STUDIO ASSOCIATO e SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI, si richiede la copertura per l'attività personale svolta con propria P.IVA da parte dei Soci?

La copertura sarà operativa esclusivamente se il relativo fatturato è incluso in quello dichiarato al punto 3.2.

In caso affermativo, fornire i dettagli di ciascun professionista:

| | Nome e Cognome | Attività Professionale | Partita IVA/ Codice Fiscale | Data inizio Attività | Copertura per attività con propria P. IVA (NO / SI) |
|----|----------------|------------------------|--------------------------------|----------------------|---|
| 1) | | | | | |
| 2) | | | | | |
| 3) | | | | | |
| 4) | | | | | |
| 5) | | | | | |
| 6) | | | | | |

2.5 Numero Totale dei Professionisti da Assicurare

2.6 Si intende assicurare la Società EDP di proprietà dell'Assicurando o della quale lo stesso detenga una partecipazione di maggioranza?

SI
☐

NO
☐

| | | |
|----|----------------------|--|
| 1) | Data Inizio Attività | |
| 2) | Ragione Sociale | |
| 3) | Partita IVA | |
| 4) | Indirizzo | |
| 5) | Comune | |
| 6) | CAP | |

3. INFORMAZIONI FINANZIARIE

3.1 Fornire l'ammontare degli introiti lordi degli ultimi 3 anni, incluse le parcelle pagate ai Sub-appaltatori, Consulenti e simili. In caso di Studio Associato e Società tra Professionisti, laddove si richieda copertura dell'Attività Professionale svolta dai professionisti con propria Partita I.V.A., si prega di includere i fatturati individuali al netto del fatturato infragruppo.

| Anno | Totale Introiti Lordi (€) |
|---------------------|---------------------------|
| Stima Anno in Corso | |
| Ultimo Anno | |
| Penultimo Anno | |

Confermi che il Fatturato deriva interamente dall'Italia?

SI

NO

3.2 Inserire Fatturato Ultimo Anno (€) o Stima Fatturato previsto per i primi 12 mesi (€) se neo abilitato

| Attività | % | Fatturato <u>Ultimo Anno (€)</u> / Stima Anno in Corso (€) |
|--|---|---|
| Attività Ordinaria (€) | | |
| Sindaco (€) | | |
| Revisore Legale (€) | | |
| Membro dell'Organismo di Vigilanza (€) | | |
| Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti (€) | | |
| Servizi EDP / Società EDP (€) | | |
| Fusioni e Acquisizioni (€) | | |
| Funzioni Pubbliche - Giudiziali (€) | | |
| Visto di Conformità (Visto Leggero) (€) | | |
| Visto Pesante (€) | | |
| Amministratore di Condominio (€) | | |
| Mediazione / Conciliazione (€) | | |
| Totale Annuo | | |

4. GARANZIE RICHIESTE

4.1 MASSIMALE ☐ € 250.000,00 ☐ € 500.000,00 ☐ € 1.000.000,00 ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 2.000.000,00

4.2 FRANCHIGIA ☐ € 500,00 ☐ € 1.000,00 ☐ € 2.000,00 ☐ € 3.000,00 ☐ € 4.000,00
☐ € 5.000,00 **Standard**

4.3 RETROATTIVITA' ☐ Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (a condizione che non sia scaduta da oltre 30 gg) - **Domanda 6.4**

☐ DECORRENZA

☐ 2 ANNI

☐ 5 ANNI

☐ ILLIMITATA

5. ESTENSIONI GARANZIA a pattuizione espressa

Si intenderanno operanti SOLO le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura

| | | SI | NO |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Sindaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Revisore Legale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Membro dell'Organismo di Vigilanza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Componente del Consiglio di Amministrazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Estensione soggetta alla compilazione
dell'**ALLEGATO 1**

| | | SI | NO |
|-----|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.5 | Visto di Conformità (Visto Leggero) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | Visto Pesante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7 | Amministratore di Condominio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.8 | Corte dei Conti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. PRECEDENTI ASSICURATIVI

6.1 Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurato?

| SI | NO |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----|-----------------------|--|
| 6.2 | Compagnia | |
| 6.3 | Data di Scadenza | |
| 6.4 | Data di Retroattività | |
| 6.5 | Massimale | |

6.6 Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo?

| SI | NO |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. SINISTROSITÀ PREGRESSA

7.1 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 |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.2 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 |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. DICHIARAZIONI

- 1) Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- 2) Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- 3) Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- 4) Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- 5) Di aver ricevuto e preso visione del set informativo ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, composto da DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Modulo di Proposta/Questionario e Condizioni di Assicurazione comprensive di Definizioni;
- 6) Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- 7) Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome

Data

Firma

ALLEGATO 1INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' / INCARICHI DI
SINDACO - REVISORE LEGALE - ODV - CDAI
N
C
A
R
I
C
H
I

| In corso / Cessato | Ragione Sociale | Settore Merceologico | Tipo di Carica | Data Conferimento Incarico | Data Cessazione Incarico |
|--------------------|-----------------|----------------------|----------------|----------------------------|--------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

➤ Come previsto dall'Art. 2.24 (CARICHE SOCIETARIE) si da e si prende atto che la copertura assicurativa NON SARA' OPERANTE per gli incarichi IN CORSO e/o CESSATI presso:

° Società quotate;

° Società che svolgono attività bancaria/finanziaria/assicurativa

➤ Come previsto dall'Art. 2.24 (CARICHE SOCIETARIE), si da e si prende atto che la copertura assicurativa NON SARA' OPERANTE per le Richieste di Risarcimento che traggano origine o comunque relative a:

a) procedure liquidative o concorsuali avviate prima del Periodo di Assicurazione;

b) società il cui bilancio precedente al Periodo di Assicurazione presenti perdite superiori a un terzo del capitale o una riduzione al di sotto del minimo legale;

c) società o enti in cui l'Assicurato abbia interessi economici o finanziari;

d) errori o omissioni commessi dopo la revoca dell'incarico dell'Assicurato.

Qualora fosse richiesta una deroga alle condizioni sopra riepilogate, si prega di fornire DETTAGLI su un foglio separato da allegare al presente Questionario. Gli Assicuratori valuteranno la richiesta dando conferma di assumibilità in fase di quotazione.

Il Sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

° Che quanto sopra dichiarato è vero e di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio;

° di aver letto e compreso le garanzie, limitazioni ed esclusioni riportate all'Art. 2.24 (CARICHE SOCIETARIE) delle Condizioni di Assicurazione.

Nome e Cognome

Data

Firma

ALLEGATO 2**SCHEDA RICHIESTA DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE**

| | |
|--|--|
| 1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza | |
| 2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato | |
| 3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza | |
| 4. Attività professionale svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza | |
| 5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno | |
| 6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza | |

Nome e Cognome

Data

Firma _____