

**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 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.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente _____

P. IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____

Dottore Commercialista Ragioniere Commercialista Consulente del Lavoro Tributarista

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"/> |

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo €500,000 €1,000,000 €1,500,000 €2,000,000 €2,500,000 €5,000,000 altro € _____**Franchigia richiesta:** € _____

**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

| | |
|--|---|
| Consigliere di Amministrazione, Sindaco o Revisore | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Visto Leggero | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Visto Pesante | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Insolvenze, Liquidazioni e Curatele | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Retroattività – numero di anni richiesti | |

INFORMAZIONI FINANZIARIE

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

| Divisione degli introiti lordi (in percentuale del totale) | Anno precedente | Stima anno corrente |
|--|-----------------|---------------------|
| Contabilità e consulenza fiscale | % | % |
| Consulenza manageriale | % | % |
| Insolvenze, liquidazioni e curatele | % | % |
| Sindaco | % | % |
| Revisore | % | % |
| Presidente o Consigliere di Amministrazione | % | % |
| Consulenza del lavoro | % | % |
| Altro (specificare) | % | % |
| Totale | 100 % | 100 % |

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: _____

**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 |

Altre assicurazioni e precedenti assicuratori

| | |
|---|---|
| Ai proponenti è 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? **Si** **No**

in caso di risposta affermativa, si prega di indicare:

- (a) *Nome degli Assicuratori* _____
(b) *Massimale assicurato* € _____
(c) *Franchigia* € _____
(d) *Data di scadenza* _____
(e) *Numero di anni di copertura precedente continua* _____

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

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 : _____

Data : _____