

## 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:

*Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto.*

*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.*

*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).*

*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).*

## 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   |
|------|---------|---|
|      |         | 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:**

|   | 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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

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

**PRECEDENTI ASSICURATIVI**

| Periodo                             |    | Impresa assicuratrice<br>Assicuratore in corso | Limite di indennizzo<br>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"/><br>Se si allegare dettaglio |
|---|---|

---



---



---



---

|      |                |
|------|----------------|
| Data | Firma<br>_____ |
|------|----------------|

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><br><br>_____ |
|-------------|---------------------------|