

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO

PER L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
PROFESSIONI ECONOMICO - GIURIDICHE

AVVERTENZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio oggetto dell'Assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento della Polizza (articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).

Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande, suggeriamo un'attenta lettura delle DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI ed ESTENSIONI previste dalle Condizioni di assicurazione.

La risposta a tutte le domande proposte deve essere fornita in modo esauriente; qualora lo spazio dovesse risultare insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare al presente Questionario.

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di Risarcimento notificate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da quest'ultimo denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. CONTRAENTE / ASSICURANDO (Policy Holder & insured)

NOME e COGNOME / RAGIONE SOCIALE
(Name and Surname / Company Legal Name)

PARTITA I.V.A.
(V.A.T. Number)

CODICE FISCALE
(Fiscal Code)

INDIRIZZO
(Address)

COMUNE
(Municipality)

C.A.P.
(Postcode)

E-MAIL / PEC
(E-mail address)

Nr. TELEFONO
(Phone Nr.)

2. ASSICURANDO/I (Insured/s)

2.1 Attività Professionale

- DOTTORE
COMMERCIALISTA
- CONSULENTE DEL
LAVORO
- AVVOCATO
- TRIBUTARISTA
- SOCIETÀ EDP
- PRATICANTE AVVOCATO

2.2 Il presente Modulo di Proposta / Questionario ha lo scopo di assicurare:

- PROFESSIONISTA o DITTA INDIVIDUALE
- STUDIO ASSOCIATO
- SOCIETÀ EDP

2.3 Data Inizio Attività (Date Professional Activity started):

___ / ___ / _____

2.4 In caso di STUDIO ASSOCIATO e SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI, fornire i dettagli di ciascun professionista:

NOME e COGNOME	Attività Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Si richiede copertura per attività con propria P. IVA
				<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"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.5 Numero totale del personale (Total number of personnel):

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

SI NO

Ragione Sociale: _____

Partita IVA: _____

Data Inizio Attività ___ / ___ / _____

Indirizzo: _____ Comune: _____ (___) CAP: _____

3. INTROITI (Turnover)

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, Società tra Professionisti, Società EDP o 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.** (Please state gross fees billed for each of the last three completed financial years, including fees paid to Sub-contractors, Consultants and similar, and fees deriving from the activities carried out by the professionals under their own V.A.T number, if to be assured, net of intra-group turnover)

Anno (Year)	TOTALE INTROITI LORDI (Total Gross Fees)	ITALIA	ESTERO	USA & CANADA
Stima Anno in Corso (20__)	€ _____	_____ %	_____ %	_____ %
Ultimo Anno (20__)	€ _____	_____ %	_____ %	_____ %
Penultimo Anno (20__)	€ _____	_____ %	_____ %	_____ %

3.2 Precisare in quali Paesi Esteri (Foreign Contries): _____

3.3 Indicare l'**incidenza percentuale** delle seguenti attività/funzioni sul fatturato totale appena dichiarato:

	Attività / Incarico	Fatturato Ultimo Anno	Fatturato Anno in Corso	Numero di Incarichi in Corso
	Attività Ordinaria	_____ %	_____ %	
Sezione IV – Punto 9	Servizi EDP / Società EDP	_____ %	_____ %	
Sezione IV – Punto 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali CURATORE - COMMISSARIO - AUSILIARIO - LIQUIDATORE - ARBITRO - CUSTODE - RAPPRESENTANTE - PERITO – CONSULENTE TECNICO - ISPETTORE - AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO – DELEGATO ALLA GESTIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO – ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORDATI O LIQUIDAZIONI	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto di Conformità (Visto Leggero)	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto Pesante	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Revisore Legale	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 5	Attività di attestatore	_____ %	_____ %	
		100 %	100 %	

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI (Previous Insurance Policies)

4.1 Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando/i? SI NO

Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale	Premio Lordo

4.2 Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo? SI NO
Se SI, fornire dettagli:

5. SINISTROSITÀ / CIRCOSTANZE (Claims Circumstances)

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti: SI NO
- del Contraente / Assicurando o dei propri Dipendenti e Collaboratori;
- dei Professionisti Assicurandi o dei propri Dipendenti e Collaboratori.

5.2 Il Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti? SI NO

**In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 2
SCHEDE RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE**

6. GARANZIE RICHIESTE (Cover features)

Si da e si prende atto che le garanzie operanti saranno quelle concordate tra le Parti e riportate nella Scheda di Copertura.

6.1 Massimale (Limit of Indemnity)

- € 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00
 € 2.000.000,00 € 2.500.000,00 ALTRO (specificare) € _____

6.2 Franchigia (Excess)

- Minima ALTRO (specificare) € _____

6.3 Retroattività (Retroactivity date/period)

- Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (a condizione che non sia scaduta da oltre 30 gg) **DOMANDA 4.1**
 2 anni dalla data di decorrenza 5 anni dalla data di decorrenza Illimitata

6.4 Estensioni di garanzia a pattuizione espressa (Facultative Cover Extensions)

La copertura assicurativa può essere estesa alle garanzie di seguito indicate previa richiesta dell'Assicurato ed accettazione da parte degli Assicuratori.

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

SI RIMANDA AL CONTENUTO DI CIASCUN ARTICOLO PER DETTAGLI COMPLETI CIRCA LE GARANZIE PRESTATE E RELATIVE LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

		Garanzia Richiesta	
Estensione 1	Visto di Conformità (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/> SI	L'ATTIVAZIONE DI QUESTA ESTENSIONE È SOGGETTA A COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 IN FONDO AL QUESTIONARIO
Estensione 1	Visto Pesante	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 2	Sindaco (di Società o di altri Enti)	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 2	Revisore Legale	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 2	Componente del Consiglio di Amministrazione	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 3	Spese per il ripristino della reputazione	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 4	Disposizioni in materia di antiriciclaggio	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 5	Attività di attestatore	<input type="checkbox"/> SI	
Estensione 6	Corte dei Conti	<input type="checkbox"/> SI	

7. DICHIARAZIONI (Declarations)

Il sottoscritto **DICHIARA**:

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. 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;
- v. 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;
- vi. 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;
- vii. 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 _____ Posizione _____

Data ____/____/____ Firma _____

ALLEGATO 1

INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' / INCARICHI DI SINDACO - REVISORE LEGALE - OdV - COMPONENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

A. Incarichi IN CORSO e CESSATI (se necessario utilizzare un'altra pagina):

		Ragione Sociale	Settore Merceologico	Tipo di Carica	Data Conferimento Incarico	Data Cessazione Incarico
1.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
2.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
3.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
4.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
5.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
6.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
7.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
8.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
9.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					
10.	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Cessato					

B. Per ciascuna delle Società sopra elencate, al meglio della sua conoscenza, l'Assicurando **DICHIARA**:

i.	La Società è stata oggetto di procedure liquidative o di procedure regolamentate dalla Legge Fallimentare (R.d. 16.3.1942, n. 267 e s.m.i.) o altra legge quali, a titolo esemplificativo, procedure concorsuali, fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione straordinaria, amministrazione straordinaria speciale, amministrazione controllata, piani di ristrutturazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ii.	Il bilancio della Società presenta delle situazioni che potrebbero dare origine ad una Richiesta di Risarcimento. A titolo semplicemente indicativo e non esaustivo: segnali di insolvenza, eccessivo indebitamento, difficoltà di far fronte ai debiti od alle obbligazioni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iii.	Alla data di compilazione del Presente Modulo di Proposta / Questionario, la Società presenta o dovrebbe presentare in applicazione di corretti criteri contabili un capitale sociale o fondo di dotazione: - diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite; - ridotto al di sotto del minimo legale; - al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale (o fondo di dotazione) di costituzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iv.	Nei confronti dell'Assicurando/I o della Società, sono mai state intraprese azioni legali (civili, penali, amministrative) o avanzate Richieste di Risarcimento da parte di azionisti, soci, autorità di vigilanza, creditori sociali, Terzi in generale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
v.	Sono mai state presentate denunce ex art. 2408 e/o ex art. 2409 del Codice Civile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
vi.	L'Assicurando/I è a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare origine a Richieste di Risarcimento nei suoi confronti o nei confronti della Società?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al punto B, fornire DETTAGLI COMPLETI su un foglio separato.

C. **NOTA BENE:**

- Come previsto dall'Art. 2.1 dell'ESTENSIONE 2 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/di intermediazione assicurativa.
- Come previsto dall'Art. 2.5 dell'ESTENSIONE 2, 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:
 - i. procedure liquidative ai sensi dell'articolo 2484 comma 4 del Codice Civile e da procedure concorsuali (ivi incluse, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, procedure fallimentari, di amministrazione controllata, straordinaria, straordinaria speciale, di concordato preventivo, di liquidazione coatta amministrativa etc.), piani di ristrutturazione, avviati prima del Periodo di Assicurazione;
 - ii. società il cui ultimo bilancio/la cui ultima situazione finanziaria prima della data di decorrenza del Periodo di Assicurazione, presenti o avrebbe dovuto presentare, in applicazione di corretti criteri di redazione, una riduzione del capitale per perdite superiore ad un terzo od una riduzione al di sotto del minimo legale;
 - iii. società o enti in cui l'Assicurato abbia un interesse economico/finanziario (quote, azioni, obbligazioni, ecc.);
 - iv. errori od omissioni commesse commessi dopo di un provvedimento di revoca dalla carica o altra analoga misura.

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 di cui all'ESTENSIONE 2 – SEZIONE IV delle Condizioni di Assicurazione.

Nome e Cognome _____ Data ____ / ____ / _____ Firma _____

ALLEGATO 2

SCHEMA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza <small>(Claim/Circumstance Date)</small>	
2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato <small>(Claimant name)</small>	
3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza <small>(Detailed Description of the Circumstance/Claim)</small>	
4. Attività professionale svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza <small>(Insured activity performed in relation to the Claim/Circumstance)</small>	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno <small>(Quantum of the Claim or alleged damages)</small>	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza <small>(Current Status of the Claim/Circumstance)</small>	
<p>Nome e Cognome _____</p> <p>Data ____ / ____ / _____ Firma _____</p>	