

MODULO DI PROPOSTA

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE PER PROFESSIONI ECONOMICHE E GIURIDICHE

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.

1. CONTRAENTE <i>Policyholder</i>				
NOME E COGNOME /RAGIONE SOCIALE (<i>Name and Surname/Company name</i>) _____				
PARTITA I.V.A. (<i>V.A.T. number</i>) _____				
DATA INIZIO ATTIVITA' (<i>Date Professional Activity started</i>) _____				
INDIRIZZO (<i>Address</i>) _____				
COMUNE (<i>Municipality</i>) _____ C.A.P. (<i>Postcode</i>) _____				
INDIRIZZO E-MAIL (<i>e-mail adress</i>) _____				
WEBSITE _____				
2. ASSICURANDO/I <i>Insured/s</i>				
2.1 Indicare l'Attività Professionale: Please select the applicable profession:				
COMMERCIALISTA <input type="checkbox"/>	CONSULENTE DEL LAVORO <input type="checkbox"/>			
AVVOCATO <input type="checkbox"/>	PRATICANTE AVVOCATO <input type="checkbox"/>			
TRIBUTARISTA <input type="checkbox"/>	SOCIETA' EDP <input type="checkbox"/>			
2.2 Il presente Modulo di Proposta ha lo scopo di assicurare:				
PROFESSIONISTA INDIVIDUALE	STUDIO ASSOCIATO			
2.3 In caso di STUDIO ASSOCIATO, indicare i professionisti:				
COGNOME e Nome	Attività Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Assicurare partita IVA?
2.4 Numero totale del personale <i>Total number of other personnel</i> _____				

3. FATTURATO *Turn Over*

3.1 A) Per FATTURATO si intendono gli introiti realizzati al netto degli oneri ed imposte dall' 01/01 al 31/12 di ciascun esercizio fiscale, rilevabili dall'ultimo Modello Unico, dall'ultima comunicazione dati IVA o dalla dichiarazione dei redditi. In caso di Studio Associato, di più soggetti da assicurare o di Società EDP, per FATTURATO si intende la somma dei Fatturati di ciascun soggetto da assicurare, al netto dei fatturati infragruppo. *(Please state net fees billed for each of the last three completed financial years, including fees paid to Consultants and similar, and fees deriving from the activities carried out by the professionals under their own VAT number, if to be assured, net of intragroup turnover)*

ANNO (Year)	TOTALE INTROITI LORDI (Total Gross Fees) 100%	ITALIA %	ESTERO %	USA & CANADA %
2020				
2021				
STIMA ANNO IN CORSO 2022				

3.1 B) Indicare i Paesi Esteri dove si opera *(Foreign Countries)*

.....

3.2 Si intende attivare la copertura assicurativa per la Società di EDP di proprietà dell'Assicurando o nella quale l'Assicurando è interessato per i servizi prestati ai propri clienti? *(Does the insured wish to cover the EDP company linked to his professional activity?)*

SI	NO
----	----

In caso di risposta affermativa, fornire i dettagli richiesti di seguito ed inserire i relativi proventi nell'ammontare degli introiti nella tabella sovrastante.

RAGIONE SOCIALE *(Company Name)* _____

PARTITA I.V.A. *(V.A.T. number)* _____

DATA INIZIO ATTIVITA' *(Date Professional Activity started)* _____

INDIRIZZO *(Address)* _____

COMUNE *(Municipality)* _____ C.A.P. *(Postcode)* _____

3.3 Indicare l'incidenza percentuale delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale dichiarato al punto 3.1 A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	ATTIVITA'/FUNZIONE	FATTURATO ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	FATTURATO ESERCIZIO FISCALE IN CORSO	NUMERO DI NOMINE IN CORSO
	ATTIVITA' ORDINARIA	_____ %	_____ %	
Sezione IV Art. 16	FUNZIONI PUBBLICHE/GIUDIZIALI Curatore, Commissario, Ausiliario, Liquidatore, Arbitro, Custode, Rappresentante Obbligazionisti, Perito, Ispettore, Amministratore Giudiziario, Delegato	_____ %	_____ %	

	Crisi ed altri incarichi relativi a procedimenti concorsuali o liquidativi.			
Estensione 1	VISTO DI CONFORMITA' - ASSISTENZA FISCALE	_____ %	_____ %	
Estensione 1	VISTO PESANTE	_____ %	_____ %	
Estensione 2	SINDACO / REVISORE LEGALE	_____ %	_____ %	
Estensione 2	MEMBRO ORGANISMO DI VIGILANZA	_____ %	_____ %	
Estensione 2	CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE DI SOCIETA' O ALTRI ENTRI	_____ %	_____ %	
Estensione 5	ATTIVITA' D ATTESTATORE	_____ %	_____ %	
Sezione IV Art. 9	SOCIETA' EDP	_____ %	_____ %	
		100%	100%	

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI *Previous Insurance Policies*

4.1 Se esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Contraente, si prega di indicare:

(Does/did exist another policy covering the Proposer Professional Liability)

Compagnia <i>Company</i>	Data di Scadenza <i>Expiry Date</i>	Data di Retroattività <i>Reroactivity Date</i>	Massimale <i>Limit of Indemnity</i>	Premio Lordo <i>Gross Premium</i>

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

Se SI, fornire dettagli *(If so, please advise):*

SI NO

5. SINISTROSITA' PREGRESSA *Claims and Circumstance*

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti del Contraente - Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori? *(In the last 5 years, have any requests for compensation been advanced against the Proposer/Insured, one of the Insured Professionals or one of the Employees and Collaborators?)*

SI NO

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? *(Is the Proposer/Insured, any of the Insured Professionals or any of the Employees and Collaborators aware of Circumstances that may give rise to a request for compensation against the Policyholder/Insureds?)*

SI NO

In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 1 SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

6. COPERTURA E 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*

<input type="checkbox"/> € 250,000	<input type="checkbox"/> € 350,000*	<input type="checkbox"/> 500,000	<input type="checkbox"/> 750,000
<input type="checkbox"/> € 1,000,000	<input type="checkbox"/> € 1,500,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000	<input type="checkbox"/> 2,500,000

*Si precisa che il massimale minimo per l'attività di Avvocato svolta in forma individuale con fatturato non superiore a 30.000 euro annui e' fissato dal D.M. 22/09/2016 in € 350.000 per sinistro e per anno assicurativo.

6.2 Franchigia *Excess*

<input type="checkbox"/> 1% del fatturato, minima EUR 1,000	<input type="checkbox"/> 2% del fatturato, minima EUR 2,000	<input type="checkbox"/> 5% del fatturato, minima EUR 5,000
---	---	---

6.3 Retroattività *Retroactivity Date*

<input type="checkbox"/> COME IN SCADENZA	<input type="checkbox"/> ILLIMITATA*	<input type="checkbox"/> 2 ANNI	<input type="checkbox"/> 5 ANNI
---	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

*Per l'attività di Avvocato come previsto dal D.M. 22/09/2016

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

Estensione 1. VISTO DI CONFORMITA' (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale <input type="checkbox"/>	Estensione 2. SINDACO DI SOCIETA' O ALTRI ENTI <input type="checkbox"/>
Estensione 1. VISTO PESANTE <input type="checkbox"/>	Estensione 2. REVISORE LEGALE <input type="checkbox"/>
Estensione 3. RIPRISTINO DELLA REPUTAZIONE <input type="checkbox"/>	Estensione 2. MEMBRO DELL ORGANISMO DI VIGILANZA <input type="checkbox"/>
Estensione 4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO <input type="checkbox"/>	Estensione 2. CONSIGLIERE D'AMMINISTRAZIONE DI SOCIETA' O ENTI <input type="checkbox"/>
Estensione 5. ATTIVITA' DI ATTESTATORE <input type="checkbox"/>	L'ATTIVAZIONE DI QUESTE ESTENSIONI E' SOGGETTA A COMPLAZIONE DELL' <u>ALLEGATO 2</u> IN FONDO AL QUESTIONARIO!
Estensione 6. CORTE DEI CONTI <input type="checkbox"/>	

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 associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilate;

- 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 _____

Data ___/___/___ Firma _____

ALLEGATO 1

SCHEDA RICHIESTE 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 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	
DATA ___/___/___	NOME E COGNOME _____
	FIRMA _____

ALLEGATO 2

A. Indicare di seguito le **informazioni relative a ciascuna Società o Ente** presso cui l'Assicurando (o gli Assicurandi) **ha svolto e svolge attualmente** la funzione di Sindaco / Revisore Legale / Membro del Consiglio di Vigilanza / Consigliere di Amministrazione.

	Ragione sociale	Settore Merceologico	Tipo incarico / Funzione	Data Conferimento incarico	Data Cessazione Incarico / In corso
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

B. Per ciascuna delle società sopra elencate, l'Assicurando **DICHIARA - dopo aver raccolto le informazioni disponibili presso la rispettiva Camera di Commercio, Registro delle Imprese e/o presso qualsiasi altro ufficio competente e con qualsiasi altro mezzo per accertare lo stato delle società alla data di sottoscrizione di questo questionario:**

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 da allegare al presente Modulo di Proposta / Questionario.

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 delle CONDIZIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA.

Nome e Cognome _____

Data __/__/____ Firma _____