

# ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE COMMERCIALISTI/REVISORI/CONSULENTI DEL LAVORO/SOCIETÀ EDP

## QUESTIONARIO

### INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

1. Nome o Ragione Sociale del contraente: \_\_\_\_\_
2. Indirizzo, CAP, Città: \_\_\_\_\_
3. Codice Fiscale e/o Partita IVA: \_\_\_\_\_
4. Attività professionale: \_\_\_\_\_
5. Data di avvio dell'attività: \_\_\_\_\_

6. Si indichino i professionisti da assicurare, in caso di studio associato:

Nome	Professione	Anno di iscrizione all'albo

7. Si indichino i consulenti, collaboratori, professionisti da includere in garanzia per l'attività professionale da loro svolta autonomamente rispetto al contraente:

Nome	Professione	Rapporto con il contraente

8. Si indichino gli introiti lordi (al netto dell'IVA) contabilizzati complessivamente dagli assicurandi di cui ai punti 1. 6. e 7. nei precedenti anni fiscali, ed una previsione per l'anno in corso:

Anno	Introiti (in €)
2015 (stima)	
2014	
2013	
2012	

9. Si indichi la suddivisione degli introiti complessivi dell'ultimo anno fiscale tra le attività di seguito riportate:

Attività	Introiti (in %)
Contabilità, Consulenza fiscale, Consulenza del lavoro	
Consulenza per Fusioni/Acquisizioni	
Consigliere d'Amministrazione/Membro dell'OdV di Società	
Sindaco/Revisore di Società/Enti	
Insolvenze, Liquidazioni, Curatele	
Mediazione Civile e Commerciale	

10. Si vuole estendere l'assicurazione ad un'eventuale società EDP? Se sì, si indichino i dati della società:

Sì       No

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo, CAP, Città: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e/o Partita IVA: \_\_\_\_\_

Introiti nell'ultimo anno fiscale: \_\_\_\_\_

Introiti previsti per l'anno in corso: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SU SINISTRI E ASSICURAZIONI PRECEDENTI

11. Il contraente ha in scadenza una copertura per gli stessi rischi? Se sì, si indichino le condizioni dell'ultima polizza:

Sì  No

Compagnia: \_\_\_\_\_

Data di scadenza: \_\_\_\_\_

Massimale: \_\_\_\_\_

Franchigia: \_\_\_\_\_

Retroattività: \_\_\_\_\_

Premio: \_\_\_\_\_

12. E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? Se sì, si forniscano dettagli:

Sì  No

13. E' stata presentata, negli ultimi 5 anni, a un assicurando o a qualsiasi dei suoi collaboratori presenti o passati alcuna richiesta di risarcimento per negligenze, errori od omissioni? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì  No

Data della richiesta di risarcimento: \_\_\_\_\_

Data del presunto danno: \_\_\_\_\_

Descrizione dell'evento: \_\_\_\_\_

Importo della richiesta di risarcimento: \_\_\_\_\_

Stato attuale della vertenza: \_\_\_\_\_

Importi liquidati o riservati dai precedenti assicuratori: \_\_\_\_\_

14. Gli assicurandi sono a conoscenza di circostanze, dichiarazioni o accadimenti che possano dar luogo a richieste di risarcimento? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì  No

Data della circostanza: \_\_\_\_\_

Descrizione della circostanza: \_\_\_\_\_

15. Gli assicurandi hanno ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione o simili procedure concorsuali? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì  No

Società e tipologia di procedura concorsuale: \_\_\_\_\_

Data di avvio della procedura concorsuale: \_\_\_\_\_

Incarico ricoperto nella società/ente e periodo: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULLA COPERTURA RICHIESTA

16. Si indichi, tra le seguenti, l'opzione di massimale richiesta:

€ 250.000

€ 500.000

€ 1.000.000

€ 1.500.000

€ 2.000.000

€ 2.500.000

€ 3.000.000

€ 5.000.000

17. Si indichi, tra i seguenti, il periodo di retroattività richiesto:

Pari alla polizza in corso

Nessuno

1 anno

2 anni

3 anni

4 anni

5 anni

Illimitata

18. Quali estensioni di copertura si richiedono?

Attività di Consigliere d'Amministrazione, Sindaco, Revisore, Membro dell'OdV di Società/Enti

Insolvenze/Liquidazioni/Curatele

Visto Leggero

Visto Pesante

Mediazione civile e commerciale

**DICHIARAZIONI**

Il Sottoscritto dichiara:

- di essere autorizzato a completare il questionario per conto di tutte le parti coperte dall'assicurazione a cui lo stesso si riferisce;
- che tutto quanto riportato nel questionario corrisponde a verità e che non sono state esposte in maniera inesatta o nascoste evidenze materiali;
- che il Massimale di Euro 3.000.000,00 per le estensioni "Visto Leggero" e "Visto Pesante" è adeguato al numero di contribuenti assistiti ed al numero dei visti di conformità, delle asseverazioni e delle certificazioni tributarie rilasciati;
- di impegnarsi ad informare i sottoscrittori circa ogni alterazione ai fatti intervenuta prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione;
- di prendere atto che l'invio del questionario al Coverholder dei Lloyd's non determina l'attivazione delle garanzie nei confronti degli assicurati.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

Il Sottoscritto, ai sensi degli Artt. 1322, 1341 e 1469bis e ss. C.C., dichiara di essere consapevole e di accettare che il presente questionario è relativo ad una polizza di responsabilità civile nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato durante il periodo di assicurazione e gli eventi dei quali l'assicurato venga a conoscenza durante il periodo di assicurazione, a condizione che gli assicuratori siano tempestivamente informati delle circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, salvo il caso in cui sia stato concordato un periodo di garanzia postuma, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta di risarcimento si sia verificato durante il periodo di assicurazione.

Data

Firma