

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE: COMMERCIALISTI / REVISORI /
CONSULENTI TRIBUTARI / CONSULENTI DEL LAVORO / SOCIETÀ EDP**

*Insurance for professional indemnity of chartered accountants, business consultants, auditors,
tax consultants work consultants and EDP firms*

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Proposal form for the insurance

(Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande / **In order to obtain quotation please answer to all questions**)

Le risposte a queste domande devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo.
Answers to the questions of this questionnaire must be given after proper enquiry among the Associated Partners and the Assistants of the Proposer signing the questionnaire.

Il Proponente: The Proposer:																									
Codice Fiscale/Partita Iva: Fiscal Code/Vat number:																									
Denominazione in caso di Studio Associato: Name in the event of Associated Partnership:																									
Indirizzo di posta elettronica e recapito telefonico: E-mail address and phone number:																									
Domicilio: Address:																									
Professionisti che formano lo Studio: Accountants forming the Partnership:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NOMINATIVO:</th> <th colspan="2">ISCRITTO ALL'ALBO?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sì</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sì</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sì</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sì</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sì</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>		NOMINATIVO:	ISCRITTO ALL'ALBO?		1. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	2. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	3. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	4. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	5. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	NOMINATIVO:	ISCRITTO ALL'ALBO?																							
1. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																						
2. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																						
3. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																						
4. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																						
5. _____		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																						
Limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo (Euro): Limit of indemnity each loss and each insurance period:	<input type="checkbox"/> 250.000 <input type="checkbox"/> 500.000 <input type="checkbox"/> 1.000.000 <input type="checkbox"/> 1.500.000 <input type="checkbox"/> 2.000.000 <input type="checkbox"/> 2.500.000 <input type="checkbox"/> 3.000.000 <input type="checkbox"/> 5.000.000																								
Società EDP: EDP Firm:	<p>Si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP qui indicata? Is the insurance required to include the EDP company here indicated?</p> <p>- Fatturato ultima annualità / Last year income: _____</p> <p>- Denominazione / Name: _____</p> <p>- Sede legale / Legal Address: _____</p> <p>* Il Proponente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata. In caso contrario fornire dettagli: * The Proposer declares that the above mentioned EDP firm operates exclusively in connection with the insured professional activity. If otherwise please give details:</p>																								

<p>Garanzie richieste (contrassegnare): Covers required (please indicate):</p>	<p><input type="checkbox"/> Consigliere d'Amministrazione / Sindaco / Revisore / Membro dell'Organismo di Vigilanza Board Member/Auditor/OdV Member</p> <p><input type="checkbox"/> Visto Leggero (Compresi Visti di Conformità ex L. 102/2009) Fiscal Assistance</p> <p><input type="checkbox"/> Visto Pesante Certification of Conformity</p> <p><input type="checkbox"/> Insolvenze, Liquidazioni e Curatele Insolvencies, Liquidations and Receiverships</p> <p><input type="checkbox"/> Mediazione Civile e Commerciale Conciliation Activity</p>
<p>Fatturato totale annuo lordo per ciascuno dei passati 5 anni (esclusa attività EDP): Total Gross Fees for each of the past 5 years (excluding EDP activity):</p>	<p>2011: € _____</p> <p>2010: € _____</p> <p>2009: € _____</p> <p>2008: € _____</p> <p>2007: € _____</p>
<p>Divisione del fatturato lordo (come percentuale del totale) per l'ultimo anno finanziario: Division of gross fees (as a percentage of the total) for last financial year:</p>	<p>_____% Contabilità, Consulenza fiscale, Consulenza del lavoro Accountancy, Tax Consultancy, Work Consultancy</p> <p>_____% Insolvenze, Liquidazioni e Curatele Insolvencies, Liquidations and receiverships</p> <p>_____% Consigliere d'Amministrazione/Membro dell'OdV di Società Board Member/OdV Member</p> <p>_____% Sindaco/Revisore di Società/Enti Internal Auditor</p> <p>_____% Consulenza per Fusioni/Acquisizioni Merger & Acquisitions Consulting</p> <p>_____% Mediazione Civile e Commerciale Conciliation Activity</p>
<p>Fatturato previsto per l'anno in corso (2012) esclusa attività EDP: Estimated fees for present year (2012) excluding EDP Firm:</p>	<p>Euro</p>
<p>Fatturato della Società EDP previsto per l'anno in corso (2012): Estimated fees of EDP Firm for present year (2012):</p>	<p>Euro</p>
<p>Sinistri precedenti: Previous losses:</p>	<p>L' Assicurando o taluno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale nei passati 5 anni? In caso di risposta affermativa fornire dettagli e date su foglio separato Has the Proposer or any of his associated partners had any claim in the past five years? If yes please give details and dates on separate sheet</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Altre assicurazioni: Other insurances:</p>	<p>Esiste altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell' Assicurando o di taluno dei suoi Associati? Is there another insurance to cover the P.I. of the Proposer or any of the Partners?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Precedenti assicurazioni: Previous insurances:</p>	<p>L'Assicurando ha avuto o ha in corso altre polizze di questo tipo? Has the Proposer ever had insurance cover of this kind?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Assicurazioni rifiutate: Refused insurances:</p>	<p>E' mai stata rifiutata l'assicurazione per lo stesso rischio? In caso affermativo fornire dettagli. Has an insurance for the same risk ever been refused? If yes please give details</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

Informazioni sull'ultima copertura assicurativa: Information on last insurance:	- Compagnia: Company: _____ - Data di Scadenza: Expiry date: _____ - Retroattività: Retroactive cover: _____
Anni di retroattività richiesti (in caso di mancanza di precedente copertura assicurativa): Extended retroactive cover requested (in the absence of previous insurance) years:	<input type="checkbox"/> Uno / One <input type="checkbox"/> Quattro / Four <input type="checkbox"/> Due / Two <input type="checkbox"/> Cinque / Five <input type="checkbox"/> Tre / Three <input type="checkbox"/> Dieci / Ten

DICHIARAZIONI
Declarations

Il Sottoscritto dichiara per proprio conto e dei suoi associati: / **The Proposer declares on his/her behalf and on his/her Associated Partners behalf that:**

- a) di non essere a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna / **to the best of his/her knowledge and belief, no claim has ever been made up to the present date;**
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione / **to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact that could give rise to a claim against third parties or to a request of indemnification from third parties;**
- c) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione o simili procedure / **they haven't undertaken any activities as Board Member, Chairman, Chairman/Member of Auditors Committee in Companies or Bodies in Bankruptcy, Liquidation or similar procedures;**
- d) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità / **the information in this questionnaire is truthful;**
- e) di non aver sottaciato alcun elemento influente alla valutazione del rischio / **no information that could influence the evaluation of this risk has been withheld.**

N.B. Se una o più delle dichiarazioni precedenti non dovesse corrispondere a verità, si prega di fornire dettagli / **If any of the statements above is not true please give details.**

Data / **Date**

Firma / **Signature**

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE
Third Party Liability Insurance – Claims Made Basis

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità 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 validità della polizza e gli eventi dei quali l'Assicurato venga a conoscenza durante il periodo di validità della polizza, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza. / **This proposal form is in respect of a Claims Made Third Party Liability Policy. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance. The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.**

Espressa accettazione ai sensi degli Artt. 1341 e 1469 bis e seguenti del Codice Civile / **Express acceptance pursuant to Artt. 1341 and 1469 bis et seq. of the Italian Civil Code:**

Data / **Date**

Firma / **Signature**