

MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO – LLOYD’S

PER L’ ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL
DOTTORE COMMERCIALISTA – CONSULENTE DEL LAVORO – TRIBUTARISTA – EDP

AVVERTENZE

Ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o incomplete e le reticenze possono comportare l’annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell’indennizzo.

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 all’Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

1. CONTRAENTE

COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____ Comune: _____ (____)CAP: _____

Indirizzo e-mail: _____ Telefono: _____

Website: _____

2. ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

<input type="checkbox"/> DOTTORE COMMERCIALISTA	<input type="checkbox"/> CONSULENTE DEL LAVORO
<input type="checkbox"/> TRIBUTARISTA	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP

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

<input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA o DITTA INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP
---	---	--------------------------------------

2.3 Dettagli ASSICURANDO / I

a) In caso di PROFESSIONISTA/DITTA INDIVIDUALE – Dettagli come da PUNTO 1 (Contraente = Assicurando)

b) In caso di STUDIO ASSOCIATO (specificare):

COGNOME e Nome	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
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2.4 Si intende attivare la copertura assicurativa per la Società EDP di proprietà dell’Assicurando o nella quale l’Assicurando è interessato per i servizi prestati ai propri clienti? SI NO

RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

Indirizzo: _____ Comune: _____ (____)CAP: _____

3. INFORMAZIONI SUL FATTURATO E SULL'ATTIVITÀ

3.1 Per **FATTURATO** si intendono gli introiti realizzati, al netto di 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 estensione alla Società EDP, per FATTURATO si intende la somma dei Fatturati di ciascun soggetto da assicurare, al netto dei fatturati incrociati

FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	STIMA FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE IN CORSO
€ _____	€ _____

3.2 Indicare l'**incidenza percentuale** del fatturato derivante dal maggior cliente _____%

3.3 Gli introiti per prestazioni fuori dal territorio italiano sono superiori al 25% del fatturato totale? SI NO
In caso affermativo fornire dettagli

3.4 Indicare l'**incidenza percentuale** delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale appena dichiarato

Condizioni di Assicurazione	Attività / Funzione	Fatturato Esercizio Fiscale Precedente	Fatturato Esercizio Fiscale in Corso	Numero di Incarichi in Corso	
Artt. 1 & 2	ATTIVITÀ ORDINARIA CONTABILITÀ – CONSULENZA – LIBERA DOCENZA	_____ %	_____ %		
Art. - 2.7	Servizi EDP / Società EDP	_____ %	_____ %		
Art. 2.11	Funzioni Pubbliche – Giudiziali CURATORE - COMMISSARIO - AUSILIARIO - LIQUIDATORE - ARBITRO - CUSTODE - RAPPRESENTANTE - PERITO – CONSULENTE TECNICO - ISPETTORE - AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO – LIQUIDATORE DELL'EREDITA' – AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO - ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORSUALI O LIQUIDAZIONI	_____ %	_____ %		
Condizioni Speciali – Estensioni di garanzia					
Art. 1	Visto di Conformità (Visto Leggero)	_____ %	_____ %		
Art. 2	Visto Pesante	_____ %	_____ %		
Art. 3.1	Sindaco di Società o di altri Enti	_____ %	_____ %		
Art. 3.2	Revisore Legale	_____ %	_____ %		
Art. 3.3	Membro dell'Organismo di Vigilanza	_____ %	_____ %		
Art. 3.4	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	_____ %	_____ %		
Art. 4	Gestore della crisi da sovraindebitamento	_____ %	_____ %		
Art. 5	Attività di Attestatore	_____ %	_____ %		
Art. 6	Fusioni e acquisizioni	_____ %	_____ %		
		100 %	100 %		

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

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

Se SI, indicare:

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. RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti:

- del Contraente / Assicurando o dei propri Dipendenti e Collaboratori; SI NO
- 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

6. COPERTURA E GARANZIE RICHIESTE

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

6.1 Massimale

<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"/> ALTRO (specificare) € _____	

6.2 Franchigia

<input type="checkbox"/> Minima	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____
---------------------------------	--

6.3 Retroattività

<input type="checkbox"/> Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata (a condizione che non sia scaduta da oltre 30 gg) DOMANDA 4.1		
<input type="checkbox"/> 2 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 5 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> Illimitata

6.4 CONDIZIONI SPECIALI - ESTENSIONI DI GARANZIA

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

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.

Condizioni speciali		
Art. 1	Visto di Conformità (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/>
Art. 2	Visto Pesante	<input type="checkbox"/>
Art. 3.1	Sindaco di Società o di altri Enti	<input type="checkbox"/>
Art. 3.2	Revisore Legale	<input type="checkbox"/>
Art. 3.3	Membro dell'Organismo di Vigilanza	<input type="checkbox"/>
Art. 3.4	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	<input type="checkbox"/>
Art. 4	Gestore della crisi da sovraindebitamento	<input type="checkbox"/>
Art. 5	Attività di Attestatore	<input type="checkbox"/>
Art. 6	Fusioni e acquisizioni	<input type="checkbox"/>
Art. 7	Ingiuria, calunnia e diffamazione	<input type="checkbox"/>
Art. 8	Danno non patrimoniale – Danno Biologico di natura psichica	<input type="checkbox"/>

L'ATTIVAZIONE DI QUESTE ESTENSIONI È SOGGETTA A COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 IN FONDO AL QUESTIONARIO

Si precisa che, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE nr. 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati", +Simple Italia Agency Srl tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

7. DICHIARAZIONI

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Contraente/Assicurando e degli altri soggetti di cui al punto 2.3 del presente Modulo di Proposta / Questionario, **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, l'Assicuratore formulerà 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 l'Assicuratore alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del DIP e DIP Aggiuntivo, redatti ai sensi della Direttiva EU 2016/97, unitamente alle Condizioni di Assicurazione, Modulo di Proposta/Questionario;
- 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 l'Assicuratore 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 – INCARICHI CESSATI

INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' DI SINDACO / REVISORE LEGALE / ODV / CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE

C. Indicare di seguito le **informazioni relative a ciascuna Società o Ente** presso cui l'Assicurando (o gli Assicurandi) hanno ricoperto incarichi di Sindaco / Revisore Legale / Membro del Consiglio di Vigilanza / Consigliere di Amm.ne.

	Ragione Sociale	Settore Merceologico	Quotata (SI – NO)	Tipo Incarico/Funzione	Data Fine Incarico
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

D. Per ciascuna società sopra elencate, l'Assicurando **DICHIARA:**

vi. 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.) quali: 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
vii. Il bilancio della Società presenta delle situazioni che potrebbero dare origine ad una Richiesta di Risarcimento. Ad esempio: - segnali di insolvenza; - eccessivo indebitamento; - difficoltà di far fronte ai debiti od alle obbligazioni; - altro...	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
viii. Alla data di compilazione del Presente Modulo di Proposta / Questionario, la Società presenta 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
ix. 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 relativamente all'attività svolta dall'Assicurando?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
x. 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 di cui alle CONDIZIONI SPECIALI – ESTENSIONI DI GARANZIA.

Nome e Cognome _____

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

ALLEGATO 2

SCHEMA 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. Prestazione professionale svolta dall'Assicurando da cui è derivata la Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
<p>Nome e Cognome _____</p> <p>Data ____ / ____ / _____ Firma _____</p>	