MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

La presente proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made" il che significa che L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.
Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre **compilare, datare e firmare** la presente proposta solo dopo un attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

Commercialista / Esperto Contabile	Avvocato	Consulente del lavoro
☐	☐	☐

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
  (compilare punto 1.1 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
  (compilare punto 1.2 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (inserire i relativi introiti degli assicurati, fatturato studio più singole partite iva che lo compongono, nel fatturato totale nella tabella-allegato 1). ☐
  (compilare punto 1.2 e 1.3 pagina successiva)

(1.1) Nome e Cognome del Proponente_____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente_____

Indirizzo del Proponente:

Via_____

Città_____ Cap_____ Provincia_____

Data di inizio dell'attività ___/___/_____

Anno di iscrizione all'albo ___/___/_____

Sito Web: www_____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Indirizzo PEC: _____@_____

(1.2/1.3) Denominazione in caso di Studio Associato:_____

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato:_____

Indirizzo dello Studio Associato:

Via_____

Città_____Cap_____Provincia_____

Sito Web: www_____

Indirizzo di posta elettronica: _____@_____

Indirizzo PEC: _____@_____

Data costituzione: ___/___/_____

(1.3) In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	QUALIFICA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

2. Massimale richiesto

250.000,00 € ☐ 2.000.000,00 € ☐

500.000,00 € ☐ 2.500.000,00 € ☐

1.000.000,00 € ☐ 5.000.000,00 € ☐

1.500.000,00 € ☐ Altro ☐ indicare: €_____

3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Si ☐ No ☐

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

Nome Assicuratore: _____

Massimale: €_____

Franchigie o Scoperti: €_____

Premio Lordo: €_____

Scadenza: ___/___/_____

Retroattività:_____

4.Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si ☐ No ☐

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

_____

_____

5. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

_____

6.Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si ☐ No ☐

se si, fornire dettagli

_____

_____

7 L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti?

Si ☐ No☐

Se si, riportare qui sotto l'elenco delle società aggiornato alla data di compilazione del questionario:

NOME SOCIETA'	SETTORE MERCEOLOGICO	QUOTATA IN BORSA	DATA
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	
		SI ☐ NO☐	

7.1 L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si ☐ No☐
- che sono stati dichiarati in stato di fallimento Si ☐ No☐
- che sono stati sottoposti a concordato preventivo Si ☐ No☐
- che sono stati oggetto di amministrazione straordinaria Si ☐ No☐
- che sono stati dichiarati in stato di liquidazione coatta amministrativa Si ☐ No☐
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si ☐ No☐

Se si fornire ulteriori dettagli:

_____

_____

_____

Allegato No.1

Composizione del fatturato per:

COMMERCIALISTA/ESPERTO CONTABILE - CONSULENTE DEL LAVORO

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria (Contabilità, consulenza, bilancio, libera docenza, ecc.)	€	€

Se il professionista esercita le seguenti attività, barrare e indicare relativo fatturato:
(In caso di assenza di barratura l'attività si considera come non esercitata dal professionista)

Sindaco – Revisore dei conti/Revisore legale	☐	€	€
Amministratore	☐	€	€
Membro dell'organismo di vigilanza ai sensi del D.Lgs 231/01 ……	☐	€	€
Acquisizioni e Fusioni	☐	€	€
Società EDP Indicare nominativo della Società EDP: _____ P.IVA (Società EDP) _____	☐	€	€
Visto di Conformità	☐	€	€
Altri Certificazioni e Visti	☐	€	€
Perito del Tribunale	☐	€	€
Funzioni svolte davanti a Commissioni Tributarie	☐	€	€
Altro		€	€

TOTALE	**€**	**€**

** Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

_____

_____

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

Allegato No.1

Composizione del fatturato per:

AVVOCATO

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA'	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria (estensioni sempre operanti, es. libera docenza, studi associati, …)	€	€

Se il professionista esercita le seguenti attività, barrare e indicare relativo fatturato:
(In caso di assenza di barratura l'attività si considera come non esercitata dal professionista)

Sindaco – Revisore dei conti/Revisore legale	☐	€	€
Amministratore	☐	€	€
Altro		€	€

TOTALE	**€**	**€**

** Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

_____

_____

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

Allegato No.2
FOGLIO “INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE”

Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del SET INFORMATIVO precontrattuale aggiuntivo

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____

IMPORTANTE

Crea Assicurazioni S.p.a. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).