

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM
Responsabilità civile professionale Professioni Economiche
Professional Indemnity Economics professions

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma 1 Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.

"The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence "(Article 1892 comma 1 Civil Code).

The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.

Commercialista / Esperto Contabile
Accountant

Consulente del lavoro/
Business Consultant

1. Contraente / Ragione Sociale:

Insured party / Company Name: _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer: _____

Indirizzo del Proponente

Address of proposer: _____

Città /City _____ **CAP/Post code** _____ **Provincia /Province** _____

- **Data di inizio dell'attività:**
Start date of activity: _____ / _____ / _____

- **Anno di iscrizione all'albo**
Year registered on professional register _____ / _____ / _____

Data costituzione:
(in caso di studio associato)
Date established: _____ / _____ / _____
(in the case of associated studio)

Sito Web:
Web site: _____

Indirizzo PEC:
Certified Email address: _____ @ _____

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

In the case of an Associated Studio indicate the details for each professional that the policy is intended to insure:

Nome e Cognome/ Name and surname	Qualifica/ Qualification	Anno iscrizione Albo/ Year registered professionally

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

Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Professional Indemnity insurance?

Si / Yes No

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

If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry

Nome Assicuratore _____ **Massimale**
Name of Insurer: _____ Limit of Indemnity: € _____

Franchigie o Scoperti _____ **Premio Lordo**
Excess or deductible: € _____ Gross Premium: € _____

Scadenza contratto _____ **Retroattività**
Expiry of contract: ____/____/____ Retroactive period: _____

3. Composizione del fatturato:

Composition of turnover:

Attività/ Activity	Consuntivo anno precedente Previous year - confirmed	Stima anno in corso Estimate for current year
Attività Ordinaria/ Ordinary Activities	€ _____	€ _____
Svolge una delle seguenti attività? Se sì, indicare il fatturato specifico. <i>Do one of the following activities? If yes, indicate the specific turnover</i>		
<input type="checkbox"/> Sindaco – Revisore dei Conti / Revisore Legale (Max assumibile 25% del fatturato globale) <i>(Statutory Auditor) (max 25% of total revenue)</i>	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Consigliere Amministrazione (Board member)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Membro dell'organismo di vigilanza ai sensi del D.Lgs 231/01 <i>(Member of the supervisory body as per Legislative Decree 231/01)</i>	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Acquisizioni e Fusioni (Mergers & Acquisitions)	€ _____	€ _____

<input type="checkbox"/> Visto leggero (<i>light stamp</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Visto pesante (<i>heavy stamp</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Attività di mediazione (<i>Mediation activity</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili (<i>Property administrator</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Funzioni Giudiziali (<i>Judicial functions</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Gestione crisi da sovraindebitamento (<i>overdebt crisis</i>)	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Società EDP / EDP company	€ _____	€ _____
Nominativo / Title: _____	€ _____	€ _____
P.IVA (Società EDP) / VAT Ref. (EDP Company) _____		
Altro: _____	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

4. Parte del fatturato sopra indicato, è derivato da consulenza a società quotate in Borsa, Istituti finanziari, Banche?
Part of the above mentioned turnover, is derived from consulting companies listed on the Stock Exchange, Financial Institutions, Banks?

Si/Yes No

Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details

Percentuale fatturato: _____ %

Nominativo Società: _____

5. All'interno dei fatturati sopra riportati, è presente una percentuale di fatturato riconducibile a contratti internazionali?
Within the above invoices, is there a percentage of turnover that is attributable to international contracts?

Si/Yes No

Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details

- a) Percentuale fatturato estero sul totale: _____ %
- b) Fatturato U.E. (*escluso Italia*): _____ %
- c) Fatturato non U.E.: _____ %
- d) Fatturato U.S.A. e Canada: _____ %

6. Avete contratti con un singolo Cliente che superano il 50% del Vostro fatturato globale?
Do you have a single customer contract that exceeds 50% of your global turnover?

Si/Yes No

Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details

Nominativo Cliente: _____

Settore attività: _____

7. Coperture e Garanzie richieste / Covers requested:

7.1 Massimali / Limits of indemnity:

- € 250,000 € 1,500,000
- € 500,000 € 2,000,000
- € 1,000,000 € 2,500,000
- Altro / Other € _____

7.2 Franchigia / Excess:

Standard Altro / Other : _____

7.3 Retroattività / Retroactivity:

Anni richiesti / No. of years requested : _____

7.4 Estensioni di Copertura / Extensions of Cover:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Art. 25 – Funzione di Sindaco di Società / Enti
Revisore Legale dei Conti | <input type="checkbox"/> Art. 28 - Visto Pesante |
| <input type="checkbox"/> Art. 26 – Membro O.D.V. Amministratore | <input type="checkbox"/> Art. 29 – Gestione delle Crisi da Sovraindebitamento |
| <input type="checkbox"/> Art. 27 - Visto di Conformità (Visto Leggero) | <input type="checkbox"/> Art. 30 - Postuma in caso di cessazione di attività (anni: _____) |
| | <input type="checkbox"/> Art. 31 – Responsabilità solidale |

8. 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?

Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured and / or partners, shareholders or staff members past or present in the last 5 years?

Si/Yes No

Se si, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del **CIS** (Claims Information form)
If yes, please provide all necessary details through the completion of a CIS (Claims Information form)

9. 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?

Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation made against the Insured, business partners past or present or any members of staff past or present?

Si/Yes No

Se si, fornire dettagli / If yes, please provide details

10. 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?

Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?

Si / Yes No

Se si, fornire dettagli / if yes please provide details

11. L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è Sindaco o Revisore dei Conti, o consigliere di amministrazione di società o di Enti?

The Insured or any member of their staff is a nominated auditor or Board Member of a company or entity

Si / Yes No

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

If yes, please provide further details below for the companies up to date at the time of completing the Proposal Form:

Nome Società Name of Company	Settore merceologico sector	Quotata in Borsa Listed on Stock Market		Data / Date
		<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	

12. 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

The Insured or any member of their staff is currently or was in the past a nominated auditor or a member of the board of a company or entity:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> e sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" / that has been in "receivership" | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> e sono stati dichiarati in stato di fallimento / that has been declared bankrupt | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> e sono stati sottoposti a concordato preventivo / that has been subject to insolvency procedures | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> e sono stati oggetto di amministrazione straordinaria / that has been in administration | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> e sono stati dichiarati in stato di liquidazione coatta amministrativa / Which have been declared in a state of administrative liquidation | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> r r le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra / for which there are proceedings underway for the declaration of one of the situations above | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Se si fornire ulteriori dettagli / if yes please provide further details:

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua RC Professionale;
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- that the information provided in this module are true and complete
- that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to Professional Indemnity cover.
- of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information booklet created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 35 2010 and composed of : information note, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date _____

Firma /Signature _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date _____

Firma/Signature _____

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

This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration