





QUESTIONARIO – PROPOSTA

Proposta di assicurazione R.C. Professionale per i Commercialisti *Proposal Form – Professional Indemnity Insurance of Accountant*

La seguente **Proposta di ASSICURAZIONE** viene rilasciata in relazione ad un **polizza “claims made”** che copre esclusivamente le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'ASSICURATO e notificate agli ASSICURATORI nel periodo di POLIZZA, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

WARNING - This Proposal form is in respect of Third Party Liability Policy – Claims Made basis. That is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. When the insurance period is over, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

AVVERTENZE UTILI

USEFUL INFORMATION

A - Gli Assicuratori **non possono esaminare** costruttivamente le **proposte che presentino risposte mancanti o insufficienti**; si prega quindi di rispondere in modo completo ed esaustivo ad ogni domanda.

A - Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.

B - Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare (“assicurandi”) e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.

B - Some questions entail that all Professional to be insured (“listed Professionals”) be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.

C – Le risposte e le informazioni fornite costituiscono dichiarazioni sulle quali si baserà il contratto, nel caso in cui questo venga stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

C – Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. You are recommended to bear in mind the provisions of Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code.

D - La sottoscrizione di questo Questionario-Proposta non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a stipulare il Contratto di Assicurazione.

Signing this form shall not bind either the Proposer or Underwriters to make the insurance contract.

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI			
<i>Proposer - General Information</i>			
Cognome e Nome Ragione Sociale (in caso di Studio Associato) <i>Name of Proposer</i>			
Indirizzo Completo (Via – Città – Prov. – CAP) <i>Head Office Address</i>			
P.IVA		CODICE FISCALE	
Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>		Numero e Anno di iscrizione all'Albo <i>N. and Year of enrolment</i>	
Attività dichiarata <i>Profession</i>			
Titolo di studio <i>Licence type</i>			
In quale delle tre figure che seguono (A, B, C) rientra il Proponente di questa assicurazione? <i>Under which of the following three cases (A, B, C) does the Proposer fall?</i>			
A	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per se stesso <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only</i>		
B	<input type="checkbox"/> Professionista Individuale che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce 2 che segue, che con lui condividono lo studio all'indirizzo sotto indicato <i>Individual Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals as listed under Section 2, who share with him the office premises at the address stated below</i>		
C	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono (elencati alla voce 2 che segue) <i>Partnership which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals (as listed under Section 2) who are members thereof</i>		

2. INFORMAZIONI SULLE PERSONE DA ASSICURARE (IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO)			
<i>Informations about Proposers insured (IN CASE OF PARTNERSHIP)</i>			
Titolo <i>Title</i>	Cognome e Nome Codice Fiscale e Titolo di Studio <i>Name - Codice Fiscale – Licence Type</i>	Anno di inizio attività <i>Year when Licens obtained</i>	N. e Anno di iscrizione all'Albo <i>Number and Year of enrolment</i>

3. SEDI SECONDARIE

Subsidiary Offices

Se lo Studio ha anche sedi secondarie, precisare le località ove ciascuna è situata (se lo spazio non è sufficiente, provvedere con foglio separato, datato e firmato).

Please state location of each subsidiary office, if any (if this space is not sufficient, please use a separate sheet, duly dated and signed).

--

4. RISCHI A PATTUIZIONE ESPRESSA

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario. Indicare con SI o un NO la richiesta che si vuole esercitare (N.B. Se una casella è lasciata in bianco o è riportata una risposta diversa da SI, la corrispondente voce è da considerarsi esclusa).

Unless otherwise agreed, the following activities and functions are excluded from the insurance. Which of them are carried out by any of the listed Professionals, and are therefore to be covered?

Attività <i>Activity</i>	SI o NO <i>(Yes or No)</i>
A – Sindaco di Società quotate nei mercati finanziari <i>Sindaco</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B - Apposizione di “Visto Pesante” <i>“Visto Pesante”</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C - Funzione di Revisore in Enti Pubblici <i>Comptroller in Public Bodies</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D - Liquidatore o curatore fallimentare di società, aziende, associazioni, fondazioni od altri organismi diversi da quelli indicate alla voce “Clienti/Committenti particolari” <i>Liquidator or Receiver in Bankruptcy for any operations or companies other than those listed under “Special Clients/Principals”</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E - Visto di Conformità “Legge 102” <i>Certified Approval (Law 102)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F - Attività di Amministratore di condomini <i>Administrator of condominium buildings</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
G – Membro di Consiglio di Amministrazione <i>Consiglio di Amministrazione</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5. CLIENTI / COMMITTENTI PARTICOLARI
Special Clients/Principals

La funzione di Sindaco per gli Organismi di seguito elencati è esclusa dall'assicurazione. Se qualcuno degli assicurandi svolge tale funzione, potrà indicare per quali organismi; gli ASSICURATORI si riservano di concedere l'eventuale estensione a tale funzione.

Se vi sono risposte affermative a qualsiasi delle precedenti fattispecie, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato ed indicare i relativi introiti alla voce 7 che segue.

(N.B. Se una casella è lasciata in bianco o è riportata una risposta diversa da SI, la corrispondente voce è da considerarsi esclusa).

Please note that the function of "Sindaco" for the entities itemized below is excluded from the insurance. Should any of the listed Professionals be in charge of such a function, please specify below for which entities. Underwriters reserve to consider a possible extension thereto.

If the answer to any the foregoing items is affirmative, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed and state the relative income under Section 7 below.

	SI o NO (Yes or No)
Società quotate nei mercati finanziari ufficiali <i>Companies quoted in official stock markets</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aziende di credito o bancarie <i>Banking operations</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Imprese di assicurazione <i>Insurance Company</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Società finanziarie, di qualunque tipo <i>Financial operations, whatever their type</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Società che fanno ricorso al mercato del capitale di rischio <i>Companies seeking funds in the financial markets</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Consorzi o altri simili organismi in cui qualcuna delle precedenti società/aziende/impresе, partecipi <i>Consortia and similar ventures in which any of the above mentioned operations or companies is a party</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Società tenute alla redazione del bilancio consolidato <i>Company bound to issue consolidate balance sheets</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

6. EDP
EDP Service Firm

Il Proponente si avvale dei servizi di una ditta di EDP? <i>Does the Proposer avail itself of the services of an EDP Firm?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' confermato che il capitale di tale Ditta o la quota di maggioranza di essa, appartiene al Proponente o a qualcuno degli assicurandi? <i>Is it confirmed that the whole or the majority of the capital of such Firm is owned by the Proposer or any of the Listed Professionals?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se la risposta alle due precedenti domande è affermativa, la Ditta di EDP può essere inclusa tra gli Assicurati, relativamente ai servizi resi allo Studio. Si desidera tale inclusione? <i>If the previous two answers are affirmative, you may wish to include the EDP Firm among the Assureds, in relation to services provided to your Office. Is this inclusion required?</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se la risposta è SI, indicare la ragione sociale (compresa P.IVA) e l'indirizzo della Ditta <i>If yes, please state name, P.IVA and address of Firm</i>	

7. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al lordo di qualunque spesa, onere, imposta o contributo, percepiti o percepibili dall'Assicurato e dall'insieme di tutti gli assicurandi)

Please state total amount of combined income, fees and other compensation (gross of any cost, burden, tax or contributions) collected or collectable by both the Office and all listed Professionals).

Attività <i>Activity</i>	Nel passato esercizio <i>In prior year</i>	Stima per l'esercizio corrente <i>In current year</i>
Introiti per la funzione di Sindaco <i>Compensation for the function of "Sindaco"</i>		
Introiti per la funzione di Revisore Contabile <i>Compensation for the function of Individual Auditor</i>		
Introiti per la funzione di Revisore in Enti Pubblici <i>Compensation for the function of Comptroller in Public Bodies</i>		
Introiti per la funzione di Liquidatore o Curatore Fallimentare <i>Compensation for the function of Liquidator or Receiver</i>		
Introiti per la funzione di Sindaco di Organismi indicati al punto 5. Clienti/Committenti particolari <i>Compensation for the function of "Sindaco" for entities mentioned under section 5. Special Clients/Principals</i>		
Introiti per la Funzione di Fusioni ed Acquisizioni, Operazioni su Società, Associazioni, Aziende <i>Merger and Acquisition and Operations on companies Association firms</i>		
Onorari ed introiti per tutte le altre funzioni ed attività professionali <i>Fees and income for all other functions and professional activities</i>		
Introiti della Ditta di EDP se è da includere tra gli Assicurati <i>Income of EDP Firms if this is to be included as Assured</i>		
Attività di Consulente del lavoro (quando effettuata quale attività principale) <i>Labour Consultant</i>		
TOTALI		

8. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Information about previous policies

Il proponente ha mai sottoscritto o è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? <i>Has the Proposer previously proposed for or been insured by a professional indemnity policy?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Se la risposta è SI <i>If "yes"</i>	
Compagnia / Company	
Data di inizio / Inception Date	
Data di scadenza / Expiry Date	
Massimale / Limit of Indemnity	

Franchigia / Deductible	
Retroattività prevista nell'ultima polizza stipulata <i>Retroactive cover in the last policy</i>	
Totale ultimo premio pagato <i>Amount last premium payed</i>	
N. di anni di copertura precedente continua <i>Number of years continuous previous insurance</i>	
Sono mai state rifiutate coperture assicurative? <i>Has any such proposal been declined</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / (<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
Se si fornire dettagli (data sinistro, tipo evento, quantificazione richiesta risarcimento, stato del sinistro) <i>If "yes" please provide details</i>	
CONTRATTI ANCORA IN VIGORE / CONTRACTS STILL IN FORCE	

9. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI	
<i>Information about claims</i>	
Il proponente ha risarcito danni o ha ricevuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative ad errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni ? <i>Has the Proposer settled or received request of indemnification, accepted or rejected, or errors, omissions or professional negligence in the last five years?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / (<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
Se si fornire dettagli <i>If "yes" please provide details</i>	
Il Proponente è a conoscenza di fatti o circostanze che possano dare origine a richieste di risarcimento per errori, omissioni o negligenze professionali, ritardi nella presentazione di ricorsi, trasmissione di documenti, ecc., negli ultimi 5 anni ? <i>Is the Proposer aware of fact or circumstances that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission in the last five years?</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / (<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)
Se si fornire dettagli <i>If "yes" please provide details</i>	

<p>Tra le aziende alle quali lo Studio rende prestazioni professionali o le ha rese negli ultimi 5 anni, è presente qualche azienda che si trova attualmente in stato di insolvenza, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra analoga situazione?</p> <p><i>Is any of the firms to which services are being provided, or have been provided in the last 5 years, currently insolvent or bankrupt or being wound up or under controlled administration, or in any other similar situation?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI / (<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES)</p>
<p>Se sì, elencare le aziende, precisando a fianco di ciascuna se la prestazione professionale è o è stata resa nella funzione di Sindaco o in altra veste.</p> <p><i>If "yes", please list below such firms and state on side of each whether professional services are/were rendered in the capacity of "Sindaco" or otherwise.</i></p>	
<p>Denominazione azienda e brevi dettagli sullo stato dell'azienda (insolvenza, fallimento, liquidazione coatta, ecc.)</p> <p><i>Name of Firm and brief details</i></p> 	

10. GESTIONE SCADENZE / RISPETTO TERMINI DI DECADENZA

Administration of Deadlines/Deadline Compliance

<p>Si prega di rispondere alla seguente domanda dopo aver effettuato un'accurata revisione delle pratiche gestite dal Proponente o da taluno degli Assicurati.</p>	<p><i>Please ansie the following question after carrying out careful review of the files (i.e. work in progress) managed by the insured/proposer.</i></p>
<p>In relazione alle pratiche gestite dal Proponente o da taluno degli Assicurati si sono verificati ritardi e/o omissioni nella tempestiva presentazione di ricorsi, invio/trasmissione di documenti, deposito di atti o documento o, in ogni caso, nello svolgimento di attività cui il Proponente o taluno degli Assicurati era tenuto entro un termine di decadenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><i>With regards to the file/work in progress managed by the insured/proposer have any delays and/or omissions in the timely filling of appeals and/or transmissions of documents, which have occurred, or alternatively has there been any failure in the exercise of any activity requiring the insured/proposer to honour a deadline? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</i></p>
<p>Se la risposta è SI, si prega di indicare di seguito ogni singolo ritardo/omissione e la data entro la quale l'attività in questione avrebbe dovuto essere svolta dal Proponente o da taluno degli Assicurati, specificando altresì le potenziali responsabilità professionali per il Proponente o per taluno degli Assicurati, derivanti dal ritardo/omissione.</p>	<p><i>If the answer to any of the above is YES please list below any delay/omission and the date such activity should have been carried out by the proposer/insured, also specifying the alleged professional responsibilities of the proposer/insured arising from such error/delay</i></p>

11. MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO E FRANCHIGIE OPERANTI <i>Limit of Indemnity required and related Deductible</i>					
Massimale / Limit		Massimale / Limit		Massimale / Limit	
<input type="checkbox"/> € 250.000,00		<input type="checkbox"/> € 500.000,00		<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	
Franchigia / Deductible		Franchigia / Deductible		Franchigia / Deductible	
Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 500,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 750,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 1.000,00
<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 1.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 1.500,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 2.000,00
Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 1.000,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 1.500,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 2.000,00
<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 2.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 3.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 4.000,00
Massimale / Limit		Massimale / Limit		Massimale / Limit	
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00		<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00		<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	
Franchigia / Deductible		Franchigia / Deductible		Franchigia / Deductible	
Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 1.500,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 2.000,00	Fatturato fino ad € 1.000.000,00	€ 2.500,00
<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 3.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 4.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 5.000,00
Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 3.000,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 3.500,00	Fatturato oltre € 1.000.000,00	€ 5.000,00
<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 6.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 7.000,00	<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ 10.000,00
<input type="checkbox"/> ALTRA OPZIONE / Other Option	Massimale / Limit		Franchigia / Deductible		
	€ _____		Attività Ordinaria	€ _____	
			<i>Sindaco/Revisore/Consigliere</i>	€ _____	

12. RETROATTIVITA' RICHIESTA <i>Retroactive Cover required</i>	
N.B. La retroattività viene concessa dietro valutazione da parte degli Assicuratori che, in caso di accettazione, procederanno a calcolare il sovrappremio richiesto	
Numero anni (da 1 a 10 anni) prima della data di effetto _____ <i>Years (from 1 to 10 years before inception date)</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna retroattività <i>No retroactive cover</i>

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario-Proposta, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;**
- (II) che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che**
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.**

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente Questionario-Proposta per conto degli altri assicurandi e che gli stessi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente QUESTIONARIO-PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Nome e Cognome di chi firma in nome e per conto dei soggetti assicurati

.....

Ruolo aziendale

Firma

Data/...../.....

“Codice della Privacy” (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” comunicati ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento ISVAP in materia di intermediazione assicurativa. Detto “trattamento” potrà da noi essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a “trasferimento”, Vi precisiamo che il “titolare” del “trattamento” è ALL RISKS s.r.l..

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671