

QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA n°

RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE - SETTORE ECONOMICO

(ATTIVITÀ SVOLTA IN FORMA SINGOLA)

(Cod. RCPE.06.23)

PREMESSA

La presente Assicurazione è rivolta esclusivamente ai **LIBERI PROFESSIONISTI** che svolgono la propria attività in **FORMA SINGOLA**.

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ovvero 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 alla Compagnia durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di Retroattività convenuta.

AVVERTENZE

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione la Compagnia ritenga necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

Il presente documento, qualora venga emessa la polizza, ne costituirà parte integrante.

Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande suggeriamo un'attenta lettura delle DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI ed ESTENSIONI previste dalle Condizioni di Assicurazione del Set informativo "Global Sistema Professionisti Ed.1/GSP.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio oggetto dell'Assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento della Polizza (ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice civile).

Sezione 1: DATI DEL PROPONENTE (Contraente/Assicurando)

1) Il Proponente: _____

Data di nascita: ____/____/____ Comune di nascita: _____ Pr. (____)

Partita IVA/Codice Fiscale: _____/_____

Sede Legale: _____ Città: _____ Pr. (____) CAP: ____

Recapito telefonico *: _____ Website *: _____

Indirizzo PEC/E-Mail *: _____

Anno inizio attività: ____/____/____

*CAMPI NON OBBLIGATORI

Sezione 2: ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL PROPONENTE (Contraente/Assicurando)

2) Il Proponente dichiara:

- di appartenere alla seguente **categoria professionale**:

<input type="checkbox"/> COMMERCIALISTA	<input type="checkbox"/> ESPERTO CONTABILE
<input type="checkbox"/> CONSULENTE DEL LAVORO	<input type="checkbox"/> TRIBUTARISTA

- di essere regolarmente iscritto all'**Albo del relativo Ordine professionale** Sì No

- di esercitare la propria professione in **forma singola** (professionista singolo) Sì No

Sezione 3: INFORMAZIONI SU SERVIZI "EDP" PRESTATI AI PROPRI CLIENTI

3) Il Proponente intende attivare la copertura assicurativa per i servizi EDP prestati ai propri clienti? *

Sì No

In caso di risposta **affermativa** indicare i seguenti dati:

RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

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

***ATTENZIONE:** I servizi delle società EDP (Elaborazione Dati Paghe) possono essere inclusi in copertura unitamente al professionista Proponente (dichiarandone il relativo fatturato) **solo se tali società operano esclusivamente per quest'ultimo e questi ne eserciti il controllo.**

Sezione 4: INFORMAZIONI SUL FATTURATO E SULL'ATTIVITA'

4.1) Il fatturato complessivo è determinato dagli introiti lordi, al netto di IVA, fatturati nell'esercizio fiscale immediatamente anteriore alla data d'inizio del Periodo di Assicurazione, rilevabili dall'ultimo Modello Unico, dall'ultima comunicazione dati IVA o dalla dichiarazione dei redditi oppure, per attività di nuova costituzione, il fatturato preso in considerazione è determinato sulla stima del fatturato totale dell'esercizio fiscale in corso.

Ciò premesso, **il Proponente dichiara che il fatturato complessivo è il seguente** (includere eventuale fatturato relativo alla società di servizi EDP come da punto 3 precedente):

Fatturato globale ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	Stima Fatturato globale ESERCIZIO FISCALE <u>IN CORSO</u> (per attività di nuova costituzione)
€ _____	€ _____

4.2) Indicare l'incidenza percentuale delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale dichiarato sopra:

Attività/Funzione	Fatturato Globale	Stima Fatturato Globale	
	Esercizio Fiscale Precedente	Esercizio Fiscale <u>in corso</u>	
ATTIVITA' ORDINARIA (punto A dell'Art. 25.1 Cond.di Ass.ne)	_____ %	_____ %	A
SERVIZI EDP	_____ %	_____ %	
MEDIAZIONE /CONCILIAZIONE	_____ %	_____ %	
FUNZIONI PUBBLICHE – GIUDIZIALI (CURATORE – COMMISSARIO – AUSILIARIO – LIQUIDATORE – ARBITRO – CUSTODE – RAPPRESENTANTE – PERITO – CONSULENTE TECNICO – ISPETTORE – AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO – ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORDATI O LIQUIDAZIONI)	_____ %	_____ %	
CONDIZIONI SPECIALI – (Estensioni di Garanzia):			
VISTO LEGGERO (Visto di Conformità)	_____ %	_____ %	B
VISTO PESANTE	_____ %	_____ %	
SINDACO di Società o altri Enti	_____ %	_____ %	
REVISORE LEGALE	_____ %	_____ %	
MEMBRO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA	_____ %	_____ %	
CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE di società o di altri Enti	_____ %	_____ %	
ATTIVITÀ DI ATTESTATORE	_____ %	_____ %	
GESTORE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO	_____ %	_____ %	
ALTRO (specificare):	_____ %	_____ %	C
	100%	100%	A + B + C

Sezione 5: PRECEDENTI ASSICURATIVI DEL PROPONENTE (Contraente/Assicurando)

5.1) Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della RC Professionale del Proponente? Sì No

In caso di risposta **affermativa** indicare la Compagnia e i seguenti dati:

Compagnia	Data di Scadenza	Retroattività*	Massimale*	Franchigia*	Premio Lordo*

*COMPILAZIONE FACOLTATIVA

5.2) Sono mai state annullate o rifiutate al Proponente coperture assicurative di questo tipo? Sì No

In caso di risposta **affermativa** fornire di seguito i dettagli (Compagnia, anno, motivazione, ecc):

Sezione 6: RICHIESTE RISARCIMENTO E CIRCOSTANZE

6.1) Negli ultimi 5 anni sono state avanzate **Richieste di Risarcimento** nei confronti del Proponente (Contraente/Assicurando) per fatti colposi a lui imputabili (o dei suoi dipendenti/collaboratori), in relazione all'attività svolta? Sì No

In caso di risposta **affermativa**, precisare se vi siano stati sinistri chiusi ed eventualmente importi pagati/liquidati a terzi:

- Sinistro/i chiuso/i senza seguito
- inferiore/i od uguale/i a € 5.000,00
- tra € 5.000,01 ed € 20.000,00 (compreso)
- superiori ad € 20.000,00
- Sinistro/i aperto/i, non ancora definito/i

6.2) Il **Proponente** è a conoscenza di **Circostanze o Eventi** che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei suoi confronti in relazione all'incarico professionale indicato nella presente proposta?

- Attività di Sindaco/Revisore Legale, Amm.re società, Attività OdV 231/2001 Sì No
- Attività ordinaria Sì No

In caso di risposta **affermativa** ad una delle domande **6.1)** e **6.2)**, la quotazione potrà essere formulata soltanto se saranno fornite informazioni esaustive su ciascun punto nelle successive **Sezione 8** (SCHEDA SINISTRO) e **Sezione 9** (SCHEDA CIRCOSTANZA) del presente questionario.

Vi ricordiamo che è indispensabile rispondere correttamente a queste domande. Una risposta non corretta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa.

Sezione 7: COPERTURE E GARANZIE RICHIESTE

7.1) **Massimale** (per sinistro ed in aggregato annuo):

<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000	<input type="checkbox"/> € 2.000.000
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

7.2) **Franchigia** (per ciascun sinistro):

<input type="checkbox"/> Opzione "STANDARD"	Attività ordinaria: € 1.500, per fatturati fino ad € 100.000/€ 2.500 per fatturati oltre 100.000€; Estensioni di garanzia (Condizioni speciali): € 2.500
<input type="checkbox"/> Opzione "RADDOPPIO FRANCHIGIA"	

7.3) **Retroattività**

<input type="checkbox"/> 0 anni	<input type="checkbox"/> 1 anno	<input type="checkbox"/> 2 anni	<input type="checkbox"/> 5 anni	<input type="checkbox"/> Illimitata
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

7.4) **Estensione Territoriale**

<input type="checkbox"/> Italia, Città del Vaticano, Rep. di S. Marino	<input type="checkbox"/> UE, Città del Vaticano, Rep. di S. Marino, Regno Unito, Svizzera
--	---

7.5) **CONDIZIONI SPECIALI – ESTENSIONI DI GARANZIA**

La copertura assicurativa propone le seguenti estensioni di garanzia che possono essere attivate previa richiesta del Proponente (Contraente /Assicurando) ed accettazione da parte della Compagnia.

Si intendono operanti solo se espressamente richiamate (e **valorizzate a "Sì"**) nel presente Questionario Assuntivo/Modulo di Proposta e nel Modulo di Polizza **a condizione che il fatturato e le eventuali altre informazioni relative a ciascuna attività vengano dichiarate nel presente Questionario:**

1. VISTO LEGGERO (Visto di Conformità)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	La richiesta di attivazione degli incarichi societari 3, 4 ,5, e 6 è soggetta alla compilazione e sottoscrizione dell' ALLEGATO 1 (in calce al presente questionario assuntivo)
2. VISTO PESANTE	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. SINDACO di società o di altri enti	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4. REVISORE LEGALE	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5. MEMBRO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6. CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE di società o di altri Enti	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7. ATTIVITÀ DI ATTESTATORE	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8. GESTORE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

(da compilare solo nel caso di risposta affermativa ad una delle domande 6.1 e/o 6.2 della Sezione 6)

Sezione 8: SCHEDA SINISTRO (inserire i dati del sinistro più ingente)

a) Data del sinistro

b) Nominativo del reclamante o presunto danneggiato

c) Descrizione dettagliata del sinistro

d) Ammontare del danno richiesto

e) Conclusione del sinistro o stato attuale ed importo liquidato (se chiuso) o riservato (se aperto)

Sezione 9: SCHEDA CIRCOSTANZA (inserire i dati della circostanza più ingente)

a) Nominativo dell'ipotetico terzo danneggiato

b) Descrizione dettagliata della circostanza

DICHIARAZIONI

IL SOTTOSCRITTO PROPONENTE,

DICHIARA:

- CHE LE INFORMAZIONI FORNITE NEL PRESENTE QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA CORRISPONDONO A VERITÀ E CHE NESSUN FATTO ESSENZIALE È STATO ESPOSTO IN MANIERA INESATTA, DICHIARATO ERRONEAMENTE O VOLONTARIAMENTE OMESSO;
- DI RICONOSCERE CHE, SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI FORNITE, L'ASSICURATORE FORMULERÀ RELATIVA QUOTAZIONE CON INDICAZIONE DEI TERMINI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE;
- DI RICONOSCERE CHE LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA/NON IMPEGNA IN ALCUN MODO NÈ L'ASSICURANDO NÈ L'ASSICURATORE ALLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO;
- DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL DIP E DIP AGGIUNTIVO, REDATTI AI SENSI DELLA DIRETTIVA EU 2016/97, UNITAMENTE ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI;
- DI IMPEGNARSI AD INFORMARE TEMPESTIVAMENTE L'ASSICURATORE DI OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DELLE INFORMAZIONI E DELLE DICHIARAZIONI CHE PRECEDONO SUCCESSIVAMENTE ALLA COMPILAZIONE DEL PRESENTE QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA.

CON LA FIRMA SOTTOSTANTE SI SOTTOSCRIVONO TUTTE LE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE

Il Proponente (Nome e Cognome) _____

Data __/__/____ Firma del Proponente (Contraente /Assicurando) _____



QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA n°

RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE - SETTORE ECONOMICO

(ATTIVITÀ SVOLTA IN FORMA SINGOLA)

(Cod. RCPE.06.23)

(Da compilare solo nel caso di richiesta di attivazione di incarichi societari di cui al punto 7.5 della Sezione 7)

ALLEGATO 1

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

A. Indicare di seguito le informazioni relative a ciascuna Società o Ente presso cui l'Assicurando ricopre gli incarichi di **Sindaco, Revisore Legale, Odv, Consigliere di Amministrazione.**

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

B. Per ciascuna Società sopra elencata, il Proponente (Contraente/ Assicurando) **DICHIARA:**

i. 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.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ii. Il bilancio della Società presenta delle situazioni che potrebbero dare origine ad una richiesta di risarcimento. <u>A titolo di esempio:</u> segnali di insolvenza, eccessivo indebitamento, difficoltà di far fronte ai debiti o alle obbligazioni, ecc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
iii. Alla data di compilazione del presente Questionario Assuntivo/ Modulo di Proposta, la Società presenta un capitale sociale o fondo di dotazione: <ul style="list-style-type: none"> a. Diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite; b. Ridotto al di sotto del minimo legale; c. Al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale (o fondo di dotazione) di costituzione. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
iv. Nei confronti dell'assicurando, 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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
v. L'assicurando è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti della Società?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

In caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al Punto B, fornire DETTAGLI COMPLETI nell'ALLEGATO 2.

Il Sottoscritto **Proponente** (Contraente/ Assicurando) **DICHIARA**, inoltre:

- 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.

Il Proponente (Nome e Cognome) _____

Data ___/___/___

Firma del Proponente (Contraente /Assicurando) _____



QUESTIONARIO ASSUNTIVO/MODULO DI PROPOSTA n°

RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE - SETTORE ECONOMICO

(ATTIVITÀ SVOLTA IN FORMA SINGOLA)

(Cod. RCPE.06.23)

(Da compilare solo in caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al Punto B dell'ALLEGATO 1)

ALLEGATO 2

**INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' DI SINDACO, REVISORE LEGALE, ODV, CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE
(DETTAGLI COMPLETI)**

Si prega di riportare dettagli in caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al Punto **B** dell'**ALLEGATO 1**, tenendo in debita considerazione che, in base alle ESCLUSIONI CONTRATTUALI, **IN NESSUN CASO** la Compagnia potrà estendere la copertura assicurativa:

- agli incarichi (IN CORSO e/o CESSATI) assunti presso Società:

- non italiane e comunque con fatturato e/o Totale attivo maggiore di 50 milioni di euro;
- in liquidazione o qualsivoglia procedura concorsuale e/o di insolvenza;
- che abbiano patrimonio netto negativo;
- che svolgano attività di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) o di azienda Sanitaria o di società operanti nei settori delle armi/tabacco/E&P/carbone;
- che siano Joint venture e/o costituite da meno di due anni.

- alle attività di Certificazione e Revisione dei bilanci relativi a:

- Società non italiane e comunque con fatturato e/o Totale attivo maggiore di 50 milioni di euro;
- Aziende con titoli quotati in qualsiasi mercato azionario primario o secondario (ADR compresi)
- Aziende operanti nel settore finanziario/ intermediazione/ banche/ assicurazioni/ broker;
- Aziende per cui l'assicurato abbia un interesse finanziario.

Il Proponente (Nome e Cognome) _____

Data ___/___/___

Firma del Proponente (Contraente /Assicurando) _____

