
MODULO di

PROPOSTA

per l'assicurazione R. C. Professionale del
COMMERCIALISTA

PROPOSAL form

*Professional Indemnity Insurance of
'COMMERCIALISTI'*

Prima di compilare questo modulo,
si leggano le seguenti
AVVERTENZE UTILI

*Before filling in this form,
please read the following
USEFUL INFORMATION*

- | | |
|---|---|
| <p>(a) Gli Assicuratori non possono esaminare costruttivamente proposte che abbiano risposte mancanti o insufficienti. Si prega di rispondere in modo completo ed esauriente ad ogni domanda.</p> <p>(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.</p> <p>(c) Le risposte e le informazioni date costituiscono dichiarazioni su cui si baserà il contratto, se questo sarà stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p> <p>(d) LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NE' IL PROPONENTE NE' GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE</p> | <p>(a) <i>Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.</i></p> <p>(b) <i>Some questions entail that all Professionals to be insured ('listed Professionals') be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.</i></p> <p>(c) <i>Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract will be based, if it is made. You are recommended to bear in mind the provisions of articles 1892, 1893 and 1894 of the Civil Code.</i></p> <p>(d) <i>SIGNING THIS FORM SHALL NOT BIND EITHER THE PROPOSER OR UNDERWRITERS TO MAKE THE INSURANCE CONTRACT.</i></p> |
|---|---|

L'assicurazione, se stipulata, sarà basata sul testo di polizza Responsabilità Civile Professionale del Commercialista "Anglo Lombarda/2012" nella forma "Claims made" ossia, a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad errori/omissioni commessi dopo la data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Insurance, if it is made, shall be in the terms of Anglo Lombarda/2012 Wording, on a "CLAIMS MADE" basis, that it 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 retroactive date.

On termination of the period of insurance, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

1.1 - PROPONENTE

In quale delle cinque figure che seguono (A, B, C, D, E) rientra il Proponente di questa assicurazione ?

- A Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto.
- B Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti (elencati alla voce 2 che segue) che con lui condividono lo Studio all'indirizzo sotto indicato.
- C 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)
- D CENTRO ELABORAZIONE DATI
- E SOCIETA' DI REVISIONE che intende stipulare la polizza per proprio conto e per conto dei soci e dei dipendenti (come da elenco al punto 2)

PROPOSER

Under which of the following five cases (A, B, C, D, E) does the Proposer fall ?

- A - INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only.*
- B - INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals (as listed under 2 below), who share with him the office premises at the address stated hereunder.*
- C - PARTNERSHIP which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals who are members thereof (as listed under 2 below).*
- D - EDP Service Firm*
- E - AUDITING CO. which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all shareholders or employees of the co. (as listed under below 2)*

Risposta:

A o B o C o D o E

1.2 - Estremi del Proponente

Details of Proposer

Nome/Denominazione (Full Name) :

Indirizzo (Address) :

CAP (Postal Code) : Città/località (e Provincia)
 Town/Location (& Province) :

Codice fiscale e/o Partita IVA (Fiscal and/or VAT Code) :

2 - ASSICURANDI : dettagli di ciascuno, compreso il Proponente se Professionista individuale (figure A o B)
Details of PROFESSIONALS to be insured , including the Proposer if Individual Professional (cases A or B)

Titolo (v. NB)	Title (See N.B.)	Nome e cognome	Name in full	Anno di abilitazione alla professione Year when License obtained
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

NB : Se taluno degli Assicurandi è Avvocato, l'assicurazione non vale per attività diverse da quelle tipiche dell'avvocato commercialista.
 N.B. - If any of the listed Professionals is a lawyer, insurance shall only be operative for his activities of 'Commercial Advocate' .

SEDI SECONDARIE :

SUBSIDIARY OFFICES:

Se lo Studio ha anche sedi secondarie, precisare la 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.*

Modulo di PROPOSTA per l'assicurazione R.C. Professionale del Commercialista
P I Commercialisti Proposal Form

Modello

0

3 - RISCHI SOGGETTI A PATTUIZIONE ESPRESSA

Le attività e funzioni sotto elencate non sono tutte incluse dall'assicurazione.

Quali di esse devono essere incluse nell'assicurazione, in quanto esercitate da tutti o da taluno degli assicurandi?

RISKS SUBJECT TO EXPRESS AGREEMENT

the following activities and functions are not automatically included.

Which of them are carried on by any of the listed Professionals, and are therefore to be covered?

Attività da includere nell'assicurazione

Activity to be covered?

-- Apposizione di visti (pesante, conformità, ecc.)
"Visto Pesante"

si no

-- Funzione di Sindaco/Revisore di società e/o Enti pubblici comprese le ditte indicate alla voce 4 che segue
Conformity Officer, including entities stated under question 4

si no

-- Dlgs. 231/07 cd. antiriciclaggio
Dlgs nr. 231/07

si no

-- D.L. 78 del 01/07/2009 Asseverazione IVA
D.L. nr. 78/2009 VAT asseveration

si no

-- Responsabilità solidale fra Sindaci
joint liability between sindaci

si no

-- Responsabilità da consulenze Equitalia
extension equitalia

si no

-- Periodo di Osservazione
discovery period

si no

Massimale per Attività Ordinaria

€ _____

All other functions and professional activities Limit

Massimale per Incarichi Sindacali

€ _____

Sindaco' and/or 'Revisore' Limit

Massimale per EDP

€ _____

EDP Firm Limit

Massimale Aggregato

€ _____

LIMIT OF INDEMNITY (Aggregate)

4 - CLIENTI/COMMITTENTI**PARTICOLARI****SPECIAL CLIENTS/PRINCIPALS**

Si prega di indicare se tra le ditte alle quali vengono prestati servizi professionali vi sono :

Are professional services provided to any of the following?

Per la funzione di Sindaco

For the Function of 'Sindaco'

SI o NO

- | | | | |
|----|--|----|--|
| a) | Società quotate nei mercati finanziari ufficiali?
<i>Companies quoted in official stock markets?</i> | a) | |
| b) | Aziende di credito o bancarie?
<i>Banking operations</i> | b) | |
| c) | Imprese di assicurazione?
<i>Insurance operations</i> | c) | |
| d) | Società finanziarie, qualunque ne sia il tipo?
<i>Financial operations, whatever their type</i> | d) | |
| e) | Consorzi o altri simili organismi in cui taluna delle sopra indicate società, aziende o imprese partecipi?
<i>Consortia and similar ventures in which any of the above mentioned operations or companies is a party</i> | e) | |

Se vi sono risposte affermative a queste domande, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.

If the answer to any of these questions is affirmative, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed.

5 - DITTA DI EDP**EDP SERVICE FIRM**

SI o NO

05:01 Lo Studio si avvale dei servizi di una Ditta di EDP?

Does the office avail itself of the services of an EDP Firm ?

05:02 Se la risposta alla precedente domanda è affermativa, la Ditta di EDP può essere inclusa tra gli Assicurati, per quanto riguarda i servizi resi allo Studio. Si desidera tale inclusione ?

If the previous first answer is affirmative, you may wish to include the EDP Firm among the Assureds, in relation to services provided to your office. Is this inclusion required?

05:03 In tal caso, trascrivere la denominazione della Ditta :
If so, please state name of the Firm :

05:04 il suo domicilio completo :
its full address :

e indicarne gli introiti alla voce 6.4 .
and state its income under 6.4 below.

*N.B. : l'assicurazione esclude in ogni caso il "rischio anno 2000" .
N.B. : insurance shall in any case exclude the "Year 2000" risk.*

6 - INTROITI Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al lordo di qualunque spesa, ma al netto di imposte e contributi), percepiti o percepibili dallo Studio e dall'insieme di tutti i Professionisti da assicurare .

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

		Nel decorso esercizio		Stima per l'esercizio corrente	
		Prior Year		Current Year	
06:01	Anno Year	06:01	2013	06:01	2014
06:02	Spettanze per la funzione di Sindaco/Revisore <i>Fees for 'Sindaco' and/or 'Revisore'</i>	06:02	-	06:02	-
06:03	Onorari e introiti per tutte le altre funzioni e attività professionali <i>Fees and income for all other functions and professional activities</i>	06:03	-	06:03	-
06:04	Introiti della Ditta di EDP se è da includere tra gli Assicurati <i>Income of EDP Firm if this is to be included among the Assureds</i>	06:04	-	06:04	-
06:05	introiti delle Società di Revisione - fees of auditing company		-		-
	Totali Totals	€	-		-

7 - PRECEDENTI ASSICURATIVI

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

Dettagli dei contratti per assicurare la responsabilità civile professionale, stipulati dal Proponente e/o da taluno degli assicurandi negli ultimi 5 anni :

PREVIOUS / OTHER INSURANCE

(Please read the Useful Information before answering)

Please provide details of any Professional Indemnity insurance taken out by the Proposer and/or any of the listed Professionals in the last 5 years :

	Periodo dal from	Period al to	Impresa assicuratrice Insurers	Limite di indennizzo (massimale)	Limit of Indemnity
07:01			CONTRATTI CESSATI CONTRACTS LAPSED		
07:02			CONTRATTI ANCORA IN VIGORE CONTRACTS STILL IN FORCE		

07:03 Vi sono contratti cessati o che andranno a cessare perché l'impresa assicuratrice ne ha rifiutato il rinnovo oppure ha esercitato il diritto di recesso per sinistro (reclamo)?

Was any contract terminated, or is any contract being terminated, because its Insurers have either refused to renew or withdrawn therefrom further to claim or claims ?

Risposta: _____ SI o NO

*Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.
If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed.*

8 - SINISTRALITA'

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

Sono stati fatti negli ultimi 5 anni reclami contro il Proponente o taluno degli assicurandi, per danni attribuiti a negligenza professionale, errore o omissione ?

CLAIMS RECORD

(Please read the Useful Information before answering)

Has any claim been made in the last 5 years against the Proposer or any of the listed Professionals, because of professional negligence, error or omission ?

Risposta: _____ SI o NO

*Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio datato e firmato (date, descrizione, ammontare dei danni, ecc.)
If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed. (Date, description, amounts, etc.)*

9a - DICHIARAZIONI DANNI POTENZIALI

Alla luce di quanto previsto agli artt. 1892, 1893 e 1894 ed anche di quanto contrattualmente stabilito all'art. 2 delle CC.GG.A. "dichiarazioni rese dall'Assicurato", è l'Assicurato, il Contraente o uno dei Professionisti elencati a conoscenza di fatti o circostanze dirette o indirette che possano generare un sinistro afferente alla responsabilità professionale?

POTENTIAL CLAIM

In consideration and in respect of the provisions of artt. 1892-1893-1894 Civ. Cod. and also in respect of Policy condition 2 "declarations rendered by the Policy holder and or by the Insured" is the proposer or any of the listed Professionals, after full enquiry, aware of any direct or indirect criticism, dispute or Circumstance which may give rise to a claim in respect of professional liability?

*Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio datato e firmato (date, descrizione, ecc.)
If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed. (Date, description, etc.)*

Risposta _____

09b - AZIENDE IN SOFFERENZA*(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)*

All'Assicurato è noto che tra le aziende alle quali rende prestazioni professionali o le ha rese negli ultimi 5 anni ve ne è qualcuna che si trova attualmente in stato di insolvenza, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra analoga situazione ?

Risposta:

SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di elencare qui di seguito tali aziende e di precisare a fianco di ciascuna se la prestazione professionale è o fu resa nella funzione di Sindaco.

If the answer is SI/YES, please list such firms hereunder and state on side of each whether professional services are/were rendered in the capacity of 'Sindaco'.

Denominazione dell'azienda e brevi dettagli
Name of Firm and brief Details.

Funzione di
SindacoFunction of
'Sindaco'

SI o NO

10 LIMITE DI INDENNIZZO (Massimale aggregato) (massimale) richiesto:

Se è richiesta la copertura del "Visto pesante" (domanda 3.A), il Proponente conferma la congruità di tale limite di indennizzo.

Il limite di indennizzo è l'esborso cumulativo massimo a cui gli Assicuratori sono tenuti, per capitale, interessi e spese, complessivamente per l'insieme di TUTTI i reclami pertinenti all'intero periodo di assicurazione indipendentemente dal numero di tali reclami, dei reclamanti e delle persone assicurate coinvolte.

LIMIT OF INDEMNITY (Aggregate) (massimale) required

If cover is required for "Visto Pesante" (Question 3.A), the Proposer hereby confirms that such limit of indemnity is adequate.

The limit of indemnity shall be the maximum disbursement for which Underwriters shall be liable, in respect of capital, interest and costs, for ALL claims pertaining to the whole period of insurance, regardless of the number of such claims, the number of claimants and insured persons involved.

11 RETROATTIVITA'

Premesso che l'assicurazione in questione è nella forma "claims made", quanti anni di retroattività sono richiesti?

(Da 0 a 6 anni prima della data di effetto) Risposta: anni

RETROACTIVE COVER

Whereas the insurance will be on a claims made basis, please state number of years for which you wish your cover to be retroactive.

(From 0 to 6 years before inception date)

Il sottoscritto Proponente, anche a nome degli altri Professionisti da assicurare, conferma la veridicità delle dichiarazioni e dei dati forniti nel presente modulo di proposta e negli allegati e, agli effetti della Legge sulla "Privacy" N° 196/2003, autorizza gli Assicuratori e l'Intermediario del contratto a farne uso unicamente per la stipulazione e la gestione dell'assicurazione.

The undersigned Proposer hereby confirms, also in the name of the Professionals to be insured, the truthfulness of the statements and information given in this proposal form and in the attachments hereto and, for the purposes of the 'Privacy Law' N° 196/2003, authorises both Underwriters and Broker to only make use thereof for the completion and management of the insurance contract.

Data**Date****Firma del Proponente****Proposer's Signature**

Please read the Useful Information before signing

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

*Si prega di verificare che ogni eventuale allegato a questo modulo sia DATATO e FIRMATO.
Please ensure that each attachment, if any, to this form is duly DATED and SIGNED.*