

Dati Anagrafici su Professionista o Studio Associato					
Ragione Sociale					
Partita Iva					
Indirizzo					
Città		Provincia		CAP	
Indirizzo E-mail					

Dati su eventuale Società EDP o di Servizi					
Ragione Sociale					
Partita Iva					
Indirizzo					
Città		Provincia		CAP	
Fatturato Ultimo esercizio					

Dati Su Fatturato

Attività	Fatturato(Ultimo esercizio fiscale chiuso)
Fatturato Globale:	
Di cui:	
Turnover-Attività Base (consulenza o assistenza gestionale fiscale + contabile)	
Compensi da Consigliere d'Amministrazione e/o Amministratore Unico in società NON Quotate	
Compensi da Consigliere d'Amministrazione e/o Amministratore Unico in Società QUOTATE o in Società finanziarie e/o Bancarie e/o di Calcio*	*
Compensi da Sindaco in Società NON QUOTATE e/o altri Enti	
Compensi da Sindaco in Società QUOTATE e/o altri enti *	*
Compensi da Revisore in Società NON QUOTATE e/o altri enti (esclusi Enti Locali)	
Compensi da Revisore in Società QUOTATE e/o altri enti (esclusi Enti Locali)*	*
Compensi da membro di Organo di Controllo e Sorveglianza	
Fusioni e acquisizioni	
Visto Pesante	
Visto Leggero (se non si è fatturato nulla, ma si vuole attivare la garanzia, inserire un importo simbolico di € 1000)	
Consulenza in materia di investimenti (Es: Intermediario Finanziario)	
Incarichi giudiziari (ES: Liquidatore, commissario, curatore fallimentare, CTU...)	

* Fornire su C/I ragione sociale della/e Società Quotata/e con specifica della data nomina incarico.

Condizioni Particolari Aggiuntive

Condizioni Particolari Aggiuntive	SI/NO
Conduzione Studio	
Vincolo di Solidarietà (solo per incarichi di sindaco, revisore, consigliere d'amministrazione)	
Amministratore di stabili	
Attività presso CAAF	

Massimale

€ 250.000	2.000.000	
€ 500.000	2.500.000	
€ 1.033.000	5.000.000	
€ 1.500.000	Excess Layer	



Questionario di assicurazione

R.C. Professionale per commercialisti e/o studi di commercialisti

- Si prega di rispondere a tutte le domande, senza lasciare spazi in bianco
➤ Se per rispondere ad una qualsiasi delle domande lo spazio disponibile non è sufficiente, proseguire su un foglio di carta intestata del Professionista e/dello Studio, specificando la domanda a cui si risponde.

Parte 1 – Dati del Proponente

1. Fornite le seguenti informazioni per tutti i Soci/Titolari/Amministratori dello studio

Cognome/Nome	Titoli professionali	Da quanto tempo riveste il ruolo di Socio/ Titolare/Amministratore	Riportare la P.I. del Professionista di cui si vuol assicurare la posizione personale

2. Negli ultimi 6 anni la denominazione dello(gli) studio(i) è stata modificata o si sono verificate fusioni, take-over o acquisizioni? ☐ Si ☐ No

In caso di risposta affermativa fornire i dettagli:

3. a) Si richiede la copertura per un Socio/ Titolare o Amministratore precedente? ☐ Si ☐ No

In caso di risposta affermativa fornire i dettagli:

Nome per esteso	Titoli professionali	Periodo trascorso presso lo studio	Status

b) Fornire l'eventuale elenco di singoli consulenti di cui si avvale lo Studio o la Società EDP o la Società di Servizi per la sua attività professionale:

Nome del consulente	Titoli professionali

Parte 2 – Attività professionali e informazioni sul fatturato

4. a) Fornite informazioni dettagliate sul fatturato totale derivante da attività dei commercialisti; il dettaglio dell'attività professionale svolta è indicato nella **Scheda di adesione** allegata al presente questionario

	Ultimo esercizio finanziario	Esercizio finanziario in corso
Fatturato da compensi dello studio (Indicate la data in cui termina ogni anno l'esercizio finanziario del vostro studio).....		
Fatturato da compensi per attività con propria P. IVA		
Unione Europea (inclusa Norvegia e Svizzera)		
USA/Canada (incluse prestazioni di lavoro rese a persone, società, ditte o organizzazioni aventi un indirizzo negli USA/ in Canada)		
Resto del mondo (specificare)		



5. Percentuale sull'intero fatturato dello Studio derivante da attività di Auditing, Contabilità e assistenza fiscale fatta alle società:

(i)	Auditing, Contabilità e assistenza fiscale alle società (% sull'intero fatturato) :	%
	di cui:	
	1. Società quotate in borsa	%
	2. Banche, istituti finanziari, Società di Calcio	%

6. a) Sul territorio USA il Professionista e/o lo Studio possiede cespiti oppure ha una procura? In caso di risposta affermativa fornite i dettagli. ☐ Sì ☐ No

b) Si desidera estendere la qualifica di Assicurato ad eventuale società di elaborazione elettronica dei dati per:

- l'attività svolta in favore dei clienti del professionista e/o dello studio?

☐ Sì ☐ No

- l'attività svolta in favore di tutti i clienti della società di EDP?

☐ Sì ☐ No

Parte 3 – Copertura assicurativa precedente (valida per estensione garanzia di Retroattività)

7. a) Descrivete in dettaglio l'assicurazione R.C. Professionale mantenuta nel corso dei precedenti anni.

Periodo	Assicuratore	Decorrenza polizza	Massimale	Premio	Periodo/data di retroattività presente in polizza
2011					
2010					
2009					
2008					
2007					
2006					

* **DICHIARAZIONE** : dichiaro di essere stato ininterrottamente assicurato dalla data del alla data del

b) Una **qualsiasi** proposta di Assicurazione R.C. Professionale avanzata per conto del Professionista o dello Studio o di qualsiasi predecessore, o di qualsiasi socio o titolare attuale negli ultimi 3 anni è **mai** stata **respinta**, oppure tale assicurazione è mai stata **annullata** o ne è mai stata **rifiutata** la proroga? ☐ Sì ☐ No

In caso di risposta affermativa indicate il(i) motivo(i) e allegate ogni eventuale comunicazione scritta che possa essere utile per l'Assicuratore.

c) Retroattività (2 anni gratuiti) ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 10 anni ☐ illimitata

Parte 4 – Richieste di risarcimento e circostanze

8 Per quanto potete sapere e supporre, negli ultimi 3 anni richieste di risarcimento **sono mai state avanzate** nei confronti del Proponente o dei predecessori o nei confronti di qualsiasi dei Soci/ Titolari o Amministratori attuali o passati? ☐ Sì ☐ No

9. Esistono sinistri chiusi pagati/ liquidati a terzi negli ultimi 3 anni?

- Sindaco/amministratore/membro del consiglio di vigilanza

☐ Sì ☐ No

- Sinistri altre attività

☐ Sì ☐ No

In caso di risposta affermativa precisare la fascia di importo pagato/liquidato a terzi:

☐ fino a € 10.000,00

☐ da € 10.001,00 a € 15.000,00

☐ da € 15.001,00 a € 30.000,00

☐ oltre € 30.001,00

10. A seguito di una verifica/indagine, il titolare o qualsiasi dei soci risulta essere a conoscenza di qualsiasi circostanza o evento che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti del Proponente o dei predecessori o nei confronti di qualsiasi dei Soci/Titolari o Amministratori attuali o passati?

- Sindaco/amministratore/membro del consiglio di vigilanza

☐ Sì ☐ No

- Sinistri altre attività

☐ Sì ☐ No



In caso di risposta **AFFERMATIVA** alle domande 8 o 9 o 10, la **quotazione potrà essere formulata soltanto se saranno fornite informazioni esaustive su ciascun punto**. Vi ricordiamo che è indispensabile rispondere correttamente a queste domande. **UNA RISPOSTA NON CORRETTA POTREBBE COMPROMETTERE I VOSTRI DIRITTI** qualora in futuro dovesse emergere una richiesta di risarcimento.

Qualsiasi richiesta di risarcimento derivante da, traente origine da o comunque connessa alle circostanze di cui alla domanda 10 si intende esclusa dalla copertura.

**INFORMAZIONI PARTICOLARI SULLA ATTIVITÀ DI SINDACO E/O REVISORE IN SOCIETÀ / CONSIGLIERE DI AMMINISTRAZIONE / MEMBRO CONSIGLIO DI CONTROLLO E SORVEGLIANZA
> PREDISPORRE ELENCO / SCHEMA DI CUI ALL'ALLEGATO 1) DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELLO STUDIO**

11. Fermo le esclusioni di polizza di cui anche alle condizioni aggiuntive si richiede di fornire i seguenti dettagli:
Il proponente è o è stato in passato Sindaco e/o revisore dei conti e/o Consigliere di Amministrazione e/o Membro dell'Organo di Controllo e Sorveglianza in società o Enti che durante o successivamente all'espletamento dell'incarico siano stati:
- Sottoposti alle procedure concorsuali previste dal R.D. 267/42 (Disciplina del fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa)
 - o della Legge 95/79 (Provvedimenti urgenti per l'amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi)?

In caso di risposta affermativa precisare:
data evento: _____

tipologia: _____

LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA NON IMPEGNA IL PROPONENTE ALLA STIPULAZIONE DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE

Dichiarazione

Dichiaro/Dichiariamo che le dichiarazioni e i particolari contenuti nel presente questionario/proposta sono conformi a verità e che nessuna informazione è stata esposta in maniera inesatta, dichiarato erroneamente o volontariamente omesso. Riconosco/Riconosciamo che il presente questionario/proposta, unitamente ad ogni altra informazione da me/noi fornita, sarà preso a fondamento di qualsiasi contratto assicurativo stipulato tra me/noi e l'Assicuratore. Mi impegno/Ci impegniamo a informare l'Assicuratore in merito a qualsiasi cambiamento sostanziale di tali fatti che intervenga prima della data di decorrenza/stipulazione del contratto assicurativo.

Firmato _____

Incarico ricoperto _____
(firma di Socio/ Amministratore o Titolare, o equivalente)

Studio _____

Data _____

Allegare alla presente Proposta:

1. Copia della polizza in essere con precedente assicuratore



ALLEGATO 1)

1 Società o Enti nelle quali il proponente è attualmente **Sindaco e/o Revisore:**

Società	Capitale Sociale	Fatturato	Attività della società	Data nomina/Incarico

2 Società o Enti nelle quali il proponente è attualmente **Amministratore:**

Società	Capitale Sociale	Fatturato	Attività della società	Data nomina/Incarico

3 Società o Enti nelle quali il proponente è attualmente **membro di organi di controllo e vigilanza:**

Società	Capitale Sociale	Fatturato	Attività della società	Data nomina/Incarico