

Responsabilità civile

Commercialista e Esperto Contabile, Revisore Legale, Consulente del Lavoro e Tributarista /

Professional Indemnity Insurance of Chartered Accountant and Labour Consultant Tax Specialist

Questionario / Proposal Form

Avviso Importante / Important Notice

La quotazione è subordinata all'esame del questionario 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 / *The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and any further documentation or information underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly*

È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa / *It is fundamental that the Proposer is aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your local broker as any erroneous or inaccurate information could compromise any indemnification or could lead to cancellation of the policy.*

1.0 INFORMAZIONI GENERALI / General information

1.1

Il Proponente / The Proposer:	
Indirizzo completo / Address:	
Cap / Post Code:	
Partita Iva / Vat number:	

1.2 Denominazione in caso di Studio Associato / Name in the event of Associated Partnership:

Professionisti che formano lo Studio / Partners forming part of the Partnership:

a) Iscrizione all'albo?/ *Registration to the relevant Professional Association?*

Si/Yes No/No

b) Iscrizione all'albo?/ *Registration to the relevant Professional Association?*

Si/Yes No/No

1.3 Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo / *Limit of Indemnity any one claim and in the annual aggregate:*

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € 2.000.000,00 € 2.500.000,00 € 5.000.000,00

Altro / *Other*

1.4 Società EDP - si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP indicata? / *EDP firm - is it required to include the mentioned EDP company in the cover?*

Si/Yes

No/No

Denominazione della società EDP / <i>EDP name:</i>	
Partita IVA/ <i>VAT Number:</i>	
Sede Legale della società EDP / <i>EDP legal address:</i>	
Fatturato 2014 della società EDP / <i>2014 EDP income:</i>	€

Il Proponente dichiara che la predetta società EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata / *The Proposer declares that the above mentioned EDP firm operates exclusively in connection with the insured professional activity. In caso contrario si prega di fornire dettagli If otherwise please give details:*

Si/Yes

No/No

Dettagli/Details:

--

1.5 In qualcuno dei contratti sottoscritti dal Proponente, è prevista la "giurisdizione" di USA, Canada, Isole Vergini, Israele, Emirati Arabi? / *Is "USA, Canada, Isole Verigini, Israele, Emirati Arabi jurisdiction" fixed into any contract underwritten by the Proposer?*

Si/Yes

No/No

2.0 GARANZIE RICHIESTE / *Cover required*

2.1 Attività / *Activities:*

Membro o Presidente del Consiglio di Amministrazione, collegio dei Sindaci
Board member, Chairman/Member of the Auditors committee.

Membro dell' Organismo di Vigilanza (concedibile solo se introito annuo lordo inferiore a € 100.000,00)
OdV member (only if fees do not exceed € 100.000,00)

Amministrazione condominiale
Administration of Apartment Buildings

Responsabilità Solidale
Joint Liability

Fusioni ed Acquisizioni
Mergers and Acquisitions

Visto Pesante
Certification of Conformity

Assistenza Fiscale (Visto Leggero)
Tax assistance

o Insolvenze, Liquidazioni e Curatele
Insolvencies, Liquidations and Receiverships

o Retroattività (Data di retroattività richiesta)
Retroactivity (required date)

2.2 Si richiede eliminazione della proroga automatica del contratto prevista in polizza ? / *Does the proposer wish to eliminate the automatic renewal provision?*

Si/Yes No/No

3.0 INFORMAZIONI FINANZIARE / *Financial information*

3.1 Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno dei passati 5 anni (inclusa attività EDP) / *Total Gross Fees invoiced for each of the past 5 years (including EDP activity)*

Nel caso di studio associato i fatturati indicati dovranno tener conto anche dell'attività svolta a titolo personale dai singoli associati

3.2 Il maggior onorario ottenuto da qualsiasi cliente / *Largest total fee from any one client*

Anno / Year	Fatturato / Income	Maggior onorario / Largest total fee
2014	€	€
2013	€	€
2012	€	€
2011	€	€
2010	€	€

3.3 Fatturato previsto per l'anno in corso / *Estimated fees/turnover for present year* €

3.4 Divisione in percentuale degli introiti lordi per l'ultimo anno finanziario / *Division of gross fees as a percentage of the total for last financial year*

1)	Sindaco / Revisore esterno / Board of Auditors member / External Auditor	%
2)	Consigliere d'Amministrazione / Board Member	%
3)	Membro Organismo di Vigilanza / OdV member Se gli introiti derivanti da quest'attività sono maggiori del 50% del totale, la garanzia non è prestata automaticamente	%
4)	Contabilità e consulenza fiscale/ Accountancy and tax consultancy	%
5)	Consulenza manageriale / Management consultancy	%
6)	Insolvenze, Liquidazioni e Curatele / Insolvencies, Liquidations and Receiverships	%
7)	Consulenza del lavoro / Labour Consultancy	%
8)	Fusioni e Acquisizioni / Mergers and Acquisitions Se gli introiti derivanti da quest'attività sono maggiori del 50% del totale, la garanzia non è prestata automaticamente	%
9)	EDP	%
10)	Altro (Specificare) / Others (please give details)	%
	Dettagli:	

3.5

Indicare se parte delle attività suddette viene svolta per conto di società quotate in borsa e il tipo di attività svolta / *Activity for Quoted Companies (please give details)*

Si/Yes No/No

--

3.6 Numero di nomine per attività di Sindaco/Revisore/Amministratore, membro OdV _____
Number of appointments as Board Member/Internal Auditor/External Auditor/Odv member

3.7 Avete ricoperto incarichi in passato? Si/Yes No/No
Have you ever had appointments in the past?

Se si, volete includere tale attività nel periodo di retroattività? Si/Yes No/No
If yes, do you want to include that activity in the retroactivity period?

4.0 SINISTRI E CIRCOSTANZE / CLAIMS AND CIRCUMSTANCES

4.1 Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza? / *Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?:*

Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire Scheda Sinistro Allegata / *If Yes, please attach details.*

4.2 Indicare se il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni / *Has the Proposer or any of his associated partners had any PI claim in the past 5 years?*

Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire Scheda Sinistro Allegata / *If Yes, please attach details.*

5.0 ALTREASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / OTHER INSURANCES AND PREVIOUS INSURERS

5.1 E' in corso altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati per lo stesso periodo richiesto? / *Is there another PI Insurance policy covering the Proposer or any of his associated partners for the same period?*

Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire i dettagli / *If Yes, please give details.*

5.2 Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? / *Has the Proposer ever had PI cover?*

Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire i dettagli richiesti di seguito / *If Yes, please give details.*

(a)	Nome degli Assicuratori / <i>Name of Insurers:</i>	
(b)	Massimale assicurato / <i>Limits of Indemnity:</i>	€
(c)	Franchigia / <i>Excess:</i>	€
(d)	Data di scadenza / <i>Expiry date:</i>	
(e)	Numero di anni di copertura precedente continua / <i>Number of years of continuous previous insurance:</i>	

(f) Data di retroattività / <i>Retroactivity date:</i>	
--	--

NB. Se non assicurati attualmente, indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati / *If not currently insured, please give these details relative to the latest year that insurance was carried.*

5.3 Ai proponenti e mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? / *Have the Proposers been refused insurance similar to that now being requested?:*

Si/Yes

No/No

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

6. DICHIARAZIONE / *DECLARATION*

Il Sottoscritto/Proponente, dopo accurato esame, dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati / *The Proposer, after enquiry, declares on his/her behalf and on his/her associated partners behalf that:*

- a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi / *to the best of his/her knowledge and belief, no claim has been made in the last five years up to the present date.*
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento / *to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact or circumstance that could give rise to damages to third parties or to a claim for compensation from third parties*
- c) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili procedure / *he/she did not undertake activities as Board Member, Chairman, Chairman/Member of Auditors Committee in Companies or Bodies which have been placed in liquidation, declared bankruptcy or similar procedures*
- d) che le informazioni rese sui presente modulo sono conformi a verità / *the information in this questionnaire is truthful*
- e) di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio / *no information that could influence the valuation of this risk has been withheld.*
- f) Il sottoscritto dichiara inoltre: di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo / *the proposer declares that he/she received the "Nota Informativa", Conditions and "Fascicolo Informativo".*

Data / *date*

Timbro e Firma del Proponente / *the Proposer*

SCHEDA SINISTRO

	Data del sinistro? _____
	Nominativo del reclamante o presunto danneggiato? _____
	Descrizione dettagliata del sinistro?
	Attività svolta dal Proponente/Assicurato? _____
	Ammontare del danno richiesto? _____ Ammontare dell'eventuale riserva? _____
	Conclusione del sinistro o stato attuale? _____
	Timbro e Firma del Proponente Nome _____ Carica _____

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto sarà concluso con alcuni Assicuratori dei Lloyd's, la cui Rappresentanza generale per l'Italia è situata in Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 80 del decreto legislativo n. 209/05, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's

(Servizio Reclami: Tel. 02 6378881 - Fax 02 63788850, E-mail servizioclienti@lloyds.com).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dal Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Il Proponente dichiara di aver ricevuto la nota informativa e di averla letta attentamente prima di procedere alla sottoscrizione

Data Timbro e Firma del Proponente.