

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE (professioni economico - giuridiche)
Rivista sulla base delle Linee Guida emanate dal Tavolo tecnico ANIA per la semplificazione dei contratti assicurativi.

1. Dichiarazioni in merito al rischio assicurato

- 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 (articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile).
- Al fine di rispondere correttamente alle seguenti domande è di estrema importanza essere a conoscenza delle DEFINIZIONI, GARANZIE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI ed ESTENSIONI previste dalle Condizioni di Assicurazione. Si rimanda pertanto ad un'attenta lettura delle Condizioni di Assicurazione.
- La risposta a tutte le domande proposte deve essere fornita in modo esauriente; qualora lo spazio dovesse risultare insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare al presente questionario.

2. Forma della copertura ("claims made")

- L'Assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE"; essa opera rispetto alle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato e denunciate agli Assicuratori durante il Periodo di Assicurazione, a condizione che tali Richieste di Risarcimento: (i) traggano origine da errori od omissioni colposi o gravemente colposi commesse durante il Periodo di Assicurazione e successivamente la Data di Retroattività; (ii) non siano state denunciate ai sensi di altre polizze di assicurazione.

3. Premio – Effetto della copertura

- L'Assicurazione ha efficacia dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata del Premio sono stati pagati; altrimenti ha efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento ricevuto dagli Assicuratori. Salvo diversa indicazione nella Scheda di Polizza il Premio è dovuto con periodicità annuale.
- I mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario gli Assicuratori oppure l'intermediario da questi incaricato, espressamente in tale qualità.
- Se l'Assicurato/Contraente non paga il Premio o le rate del Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 del Codice Civile).
- Qualora il Premio sia determinato sulla base dei dati variabili del fatturato dell'Assicurato e soggetto a regolazione, il tasso di regolazione sarà indicato nella Scheda di Polizza. In tal caso l'Assicurato si obbliga a fornire agli Assicuratori i dati necessari alla regolazione (dati del fatturato dell'ultimo esercizio) entro trenta (30) giorni dalla scadenza della Polizza. In caso di differenza negativa tra il dato del fatturato alla data di stipulazione della Polizza ed il dato del fatturato alla data di regolazione, nessun incremento di Premio sarà applicato, fermo restando che nulla sarà dovuto dagli Assicuratori all'Assicurato.

1. CONTRAENTE

COGNOME e Nome / RAGIONE SOCIALE: _____

Partita IVA: _____ Data Inizio Attività: _____

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

Indirizzo e-mail: _____ Telefono: _____

Website: _____

2. ASSICURANDO/I

2.1 Attività Professionale:

<input type="checkbox"/> DOTTORE COMMERCIALISTA	<input type="checkbox"/> CONSULENTE DEL LAVORO	<input type="checkbox"/> TRIBUTARISTA
<input type="checkbox"/> AVVOCATO	<input type="checkbox"/> PRATICANTE AVVOCATO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP

2.2 Il presente Modulo di Proposta / Questionario ha lo scopo di assicurare:

<input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> STUDIO ASSOCIATO	<input type="checkbox"/> SOCIETÀ EDP
---	---	--------------------------------------

2.3 Dettagli ASSICURANDO / I

a) In caso di PROFESSIONISTA INDIVIDUALE – Dettagli come da Domanda 1 (Contraente = Assicurando)

b) In caso di STUDIO ASSOCIATO (specificare):

COGNOME e Nome	Attività. Professionale	Partita IVA	Data Inizio Attività	Si richiede copertura per attività con propria P. IVA	
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2.4 Si intende attivare la copertura assicurativa per la Società EDP di proprietà dell'Assicurando o nella quale l'Assicurando è interessato per i servizi prestati ai propri clienti? SI NO

RAGIONE SOCIALE: _____ Partita IVA: _____

Data Inizio Attività: _____ Indirizzo: _____

Comune: _____ (____)CAP: _____

3. INFORMAZIONI SUL FATTURATO E SULL'ATTIVITÀ

3.1 Per **FATTURATO** si intendono gli introiti realizzati al netto di oneri ed imposte dall'01/01 al 31/12 di ciascun esercizio fiscale, rilevabili dall'ultimo Modello Unico, dall'ultima comunicazione dati IVA o dalla dichiarazione dei redditi. In caso di Studio Associato, di più soggetti da assicurare o di Società EDP, per FATTURATO si intende la somma dei Fatturati di ciascun soggetto da assicurare, al netto dei fatturati incrociati

FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE PRECEDENTE	STIMA FATTURATO GLOBALE ESERCIZIO FISCALE IN CORSO
€ _____	€ _____

3.2 Indicare l'incidenza percentuale delle seguenti attività/funzioni sul fatturato globale appena dichiarato

Condizioni di assicurazione	Attività / Funzione	Fatturato Es. Fiscale Precedente	Fatturato Es. Fiscale in Corso	Numero di Nomine in Corso
	ATTIVITÀ ORDINARIA	_____ %	_____ %	
Sezione IV art. 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali CURATORE - COMMISSARIO - AUSILIARIO - LIQUIDATORE - ARBITRO - CUSTODE - RAPPRESENTANTE - PERITO - ISPETTORE - AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO - ALTRI INCARICHI PROCEDIMENTI CONCORSUALI O LIQUIDAZIONI	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto di Conformità – Assistenza Fiscale	_____ %	_____ %	
Estensione 1	Visto Pesante	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Revisore Legale	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	_____ %	_____ %	
Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	_____ %	_____ %	
Estensione 3	Attività di Amministrazione di Stabili	_____ %	_____ %	
Estensione 4	Attività di Attestatore	_____ %	_____ %	
Sezione IV art. 9	Società EDP	_____ %	_____ %	
		100 %	100 %	

4. PRECEDENTI ASSICURATIVI

4.1 Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando / i?
 SI NO

Se SI, indicare:

Compagnia	Data di Scadenza	Data di Retroattività	Massimale	Premio Lordo

4.2 Sono mai state annullate o rifiutate agli Assicurandi coperture assicurative di questo tipo?

Se SI, fornire dettagli:

SI NO

5. RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

5.1 Negli ultimi 5 anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti: SI NO

- del Contraente / Assicurando o dei propri Dipendenti e Collaboratori;
- dei Professionisti Assicurandi o dei propri Dipendenti e Collaboratori.

5.2 Il Contraente / Assicurando, taluno dei Professionisti Assicurandi oppure taluno dei Dipendenti e Collaboratori è a conoscenza di Circostanze che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti?

SI NO

In caso di risposta affermativa, compilare l'ALLEGATO 2 SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

6. COPERTURA E GARANZIE RICHIESTE

Si da e si prende atto che le garanzie operanti saranno quelle concordate tra le Parti e riportate nella Scheda di Copertura.

6.1 Massimale

<input type="checkbox"/> € 250.000,00	<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00
<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____	

6.2 Franchigia

<input type="checkbox"/> Minima	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) € _____
---------------------------------	--

6.3 Retroattività

<input type="checkbox"/> 2 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> 5 anni dalla data di decorrenza	<input type="checkbox"/> Illimitata
In caso di inizio attività negli ultimi 2 anni, la data di Retroattività coinciderà con la data di inizio attività		

6.4 ESTENSIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA

La copertura assicurativa può essere estesa alle garanzie di seguito indicate **previa richiesta dell'Assicurato ed accettazione da parte degli Assicuratori. Si intenderanno operanti solo le estensioni di garanzia espressamente richiamate nella Scheda di Copertura.**

SI RIMANDA AL CONTENUTO DI CIASCUN ARTICOLO PER DETTAGLI COMPLETI CIRCA LE GARANZIE PRESTATE E RELATIVE LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI.

Condizioni di assicurazione			L'ATTIVAZIONE DI QUESTE ESTENSIONI È SOGGETTA A COMPILAZIONE DELL'ALL. 1 IN FONDO AL QUESTIONARIO
Sezione IV art. 16	Funzioni Pubbliche – Giudiziali – Fatturato > 25%	<input type="checkbox"/>	
Estensione 1	Visto di Conformità (Visto Leggero) – Assistenza Fiscale	<input type="checkbox"/>	
Estensione 1	Visto Pesante	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Sindaco di Società o di altri Enti	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Revisore Legale	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Membro dell'Organismo di Vigilanza	<input type="checkbox"/>	
Estensione 2	Consigliere di Amministrazione di Società o altri Enti	<input type="checkbox"/>	
Estensione 3	Amministrazione di stabili	<input type="checkbox"/>	
Estensione 4	Spese per il ripristino della reputazione	<input type="checkbox"/>	
Estensione 5	Legge antiriciclaggio	<input type="checkbox"/>	
Estensione 6	Attività di Attestatore	<input type="checkbox"/>	

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

DICHIARAZIONI: Il sottoscritto **DICHIARA:**

- i. Che le informazioni fornite nel presente Modulo di Proposta / Questionario corrispondono a verità;
- ii. Che nessuna informazione inerente al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa;
- iii. Di riconoscere che, sulla base delle informazioni fornite, gli Assicuratori formuleranno relativa quotazione con indicazione dei termini e condizioni di assicurazione;
- iv. Di riconoscere che la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta / Questionario non impegna in alcun modo né l'Assicurando(i) né gli Assicuratori alla stipulazione del Contratto;
- v. Di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da Nota Informativa, Glossario, Condizioni di Assicurazione, Modulo di Proposta/Questionario;
- vi. Qualora il contraente sia uno Studio Associato, una Società od una associazione professionale, di essere autorizzato a compilare il presente Modulo di Proposta / Questionario per conto dello Studio Associato, della Società o dell'associazione professionale e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata;
- vii. Di impegnarsi ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente Modulo di Proposta / Questionario.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Nome e Cognome _____ Data ____ / ____ / ____

Firma _____

ALLEGATO 1

INFORMAZIONI PARTICOLARI SULL'ATTIVITA' DI SINDACO / REVISORE LEGALE / ODV / MEMBRO CDA

A. Indicare di seguito le **informazioni relative a ciascuna Società o Ente** presso cui l'Assicurando (o gli Assicurandi) ha svolto e svolge attualmente la funzione di Sindaco / Revisore Legale / Membro del Consiglio di Vigilanza / Consigliere di Amministrazione.

	Ragione Sociale	Settore Merceologico	Tipo Incarico/Funzione	Data Conferimento Incarico	Data Cessazione Incarico / in corso
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

B. Per ciascuna delle società sopra elencate, l'Assicurando **DICHIARA - dopo aver raccolto le informazioni disponibili presso la rispettiva Camera di Commercio, Registro delle Imprese e/o presso qualsiasi altro ufficio competente e con qualsiasi altro mezzo per accertare lo stato delle società' alla data di sottoscrizione di suddetto questionario:**

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.) o altra legge quali, a titolo esemplificativo, procedure concorsuali, fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, amministrazione straordinaria, amministrazione straordinaria speciale, amministrazione controllata, piani di ristrutturazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ii. Il bilancio della Società presenta delle situazioni che potrebbero dare origine ad una Richiesta di Risarcimento. A titolo semplicemente indicativo e non esaustivo: - segnali di insolvenza; - eccessivo indebitamento; - difficoltà di far fronte ai debiti od alle obbligazioni;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iii. Alla data di compilazione del Presente Modulo di Proposta / Questionario, la Società presenta o dovrebbe presentare in applicazione di corretti criteri contabili un capitale sociale o fondo di dotazione: - diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite; - ridotto al di sotto del minimo legale; - al di sotto del corrispondente valore di capitale sociale (o fondo di dotazione) di costituzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
iv. Nei confronti dell'Assicurando/I o della Società, 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
v. Sono mai state presentate denunce ex art. 2408 e/o ex art. 2409 del Codice Civile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
vi. L'Assicurando/I è a conoscenza di Circostanze che potrebbero dare origine a Richieste di Risarcimento nei suoi confronti o nei confronti della Società?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta affermativa ad una delle domande di cui al punto B, fornire DETTAGLI COMPLETI su un foglio separato da allegare al presente Modulo di Proposta / Questionario.

Il Sottoscritto inoltre **DICHIARA:**

- 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 delle CONDIZIONI DI GARANZIA A PATTUIZIONE ESPRESSA.

Nome e Cognome _____ Data ____/____/____ Firma _____

ALLEGATO 2

SCHEDA RICHIESTE DI RISARCIMENTO & CIRCOSTANZE

1. Data della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
2. Nominativo del reclamante o presunto danneggiato	
3. Descrizione dettagliata della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
4. Attività svolta dall'Assicurando relativamente alla Richiesta di Risarcimento / Circostanza	
5. Importo della Richiesta di Risarcimento o presunto Danno	
6. Stato attuale della Richiesta di Risarcimento / Circostanza	

Nome e Cognome _____

Data ____/____/____

Firma _____