



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)
<b>Fatturato Globale:</b>	
<i>Di cui:</i>	
Turnover-Attività Base (consulenza o assistenza gestionale fiscale + contabile)	
Compensi da Consigliere d'Amministrazione e/o Amministratore Unico in società <b>NON Quotate</b>	
Compensi da <b>Consigliere d'Amministrazione</b> e/o Amministratore Unico in <b>Società QUOTATE</b> o in <b>Società finanziarie e/o Bancarie e/o di Calcio*</b>	*
Compensi da <b>Sindaco</b> in <b>Società NON QUOTATE</b> e/o altri Enti	
Compensi da <b>Sindaco</b> in <b>Società QUOTATE</b> e/o altri enti *	*
Compensi da <b>Revisore</b> in <b>Società NON QUOTATE</b> e/o altri enti (esclusi Enti Locali)	
Compensi da <b>Revisore</b> in <b>Società QUOTATE</b> 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 fornite i dettagli:

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

In caso di risposta affermativa fornite 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
<b>Fatturato da compensi dello studio</b> (Indicate la data in cui termina ogni anno l'esercizio finanziario del vostro studio).....		
<b>Fatturato da compensi per attività con propria P. IVA</b>		
<b>Unione Europea</b> (inclusa Norvegia e Svizzera)		
<b>USA/Canada</b> (incluse prestazioni di lavoro rese a persone, società, ditte o organizzazioni aventi un indirizzo negli USA/ in Canada)		
<b>Resto del mondo</b> (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 allegare ogni eventuale comunicazione scritta che possa essere utile per l'Assicuratore.

### 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 INTESATA DELLO STUDIO**

11. Ferme 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