



DA INVIARE A SEVERAL SRL
TELEFAX N. 040.3489421 MAIL: segreteria@severalbroker.it

**MODULO-PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE
DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEI
RAGIONIERI COMMERCIALISTI E DEI DOTTORI COMMERCIALISTI**

Il Proponente/ <i>The Proposer</i>		
Codice Fiscale		
Denominazione dello Studio Associato/ <i>Associated Partnership name</i>		
Codice Fiscale		
Domicilio dello Studio/ <i>Address</i>		
Indirizzo di posta elettronica/ <i>E-mail</i>		
Professionisti che formano lo Studio con dettaglio dell'anno di ingresso/ <i>Accountants of the Partnership plus date of qualification</i>	1 _____ da _____ 2 _____ da _____ 3 _____ da _____ 4 _____ da _____	ISCRIZIONE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI SÌ NO
Limite di indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo/ <i>Limit for each loss and insurance period</i>	€ 500.000,00 € 1.500.000,00 € 2.500.000,00	€ 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € _____
Scoperto e franchigia/ <i>Deductible</i>	1% del fatturato con il minimo di € 1.500,00 2% del fatturato con il minimo di € 2.500,00 per attività di sindaco/consigliere/ revisore Franchigia fissa € _____	
Garanzie estese richieste/ <i>Extended covers required</i>	Assistenza fiscale/Visti e Curatele Revisore e Sindaco e Revisore in Enti Pubblici e conferimento società	Consiglio di amministrazione Insolvenze, Liquidazioni Fusione, trasformazioni



La retroattività viene richiesta esplicitamente per anni:	UNO	DUE	TRE
	QUATTRO	CINQUE	SEI
		

Totale lordo degli onorari per ciascuno dei passati 2 anni/ <i>Total gross fees for the past 2 years</i>	2005	€ _____
	2006	€ _____
	2007 (stima/estimate)	€ _____
Introiti lordi per l'ultimo anno finanziario (esclusa eventuale EDP)/ <i>Gross fees for the last financial year</i>	1) ATTIVITÀ BASE/GARANZIA BASE Tassazione, Contabilità e Tasse di Società, Consulenza, Consulenza manageriale, Registrazione di segreteria e titoli, altro che non sia EDP o attività estesa come di seguito definita/ <i>Taxation, Accountancy and Company tax Consultancy, Management Consultancy, Secretarial and shares registration, other activities which are not EDP or extended covers as per the definition which follows</i> € _____	
	2) ATTIVITÀ ESTESA/COPERTURA ESTESA A) Attività di Revisore e Sindaco/Statutory Audit and General Audit a) Società quotate nei mercati finanziari, banche, assicurazioni, istituti finanziari € _____ b) Società diverse dal punto a) € _____ B) Consigliere d'Amministrazione/Board Member a) Società quotate nei mercati finanziari, banche, assicurazioni, istituti finanziari € _____ b) Società diverse dal punto a) € _____ C) Insolvenze, Liquidazioni e Curatele/Insolvencies, Liquidations and Receiverships € _____ D) Fusione, trasformazione, conferimento e acquisizione di società /Mergers and Acquisitions € _____ E) Visto di Conformità e Asseverazione/Assistenza fiscale € _____ F) Revisore in Enti Pubblici € _____	
Società elaborazione dati (EDP) Si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP?/ <i>EDP Firm: is the insurance required to include the EDP Firm indicated?</i>	NO SÌ - in tal caso indicare: Denominazione/Name: _____ Sede Legale/Legal Address: _____ Partita IVA: _____	

Compilare sempre per intero i punti 1) e 2), barrando solo le caselle relative alle attività che si sono svolte ed indicando "zero" se per qualsiasi motivo ~~non~~ hanno dato luogo a ricavi.



	<p>Fatturato (ultimo anno finanziario)/Gross fees (last financial year):</p> <p>€ _____</p> <p>Il Proponente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata. In caso contrario fornire dettagli</p> <p>The Proposer declares that the above mentioned EDP Firm operates exclusively in connection with the insured professional activity. If otherwise, please give details:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Sinistri precedenti/Previous losses	<p>L'Assicurando o taluno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale nei passati 5 anni?/Has the Proposer or anyone of his Associated Partners had any claim in the past five years?</p> <p>SÌ NO</p> <p>Se "SÌ" fornire eventualmente dettagli e date su foglio separato/If "YES", please give details and dates on separate sheet</p>
Altre Assicurazioni/Other insurances	<p>Esiste altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell' Assicurando o di taluno dei suoi Associati?/Is there another insurance to cover the P.I. of the Proposer or anyone of the Associated Partners?</p> <p>SÌ NO</p>
Precedenti Assicuratori/Previous Insurers	<p>Compagnia/Company: _____</p> <p>Data di cessazione/Date of cancellation: _____</p> <p>Motivo di cessazione/Reason of cancellation: _____</p> <p>_____</p> <p>Numero di anni di copertura precedente continua/Number of years of previous continuous insurance: _____</p>
È mai stata rifiutata l'Assicurazione per lo stesso rischio?/Has an insurance for the same risk ever been refused?	<p>SÌ NO</p> <p>Se "SÌ" fornire dettagli/If "YES", please give details: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Provvedimenti adottati in caso di malattie o vacanze/Arrangements in case of sickness or vacation	<p>Rotazione partners/Partners internal rotation</p> <p>Chiusura con preavviso alla clientela/Closing with prior advice to clients</p> <p>Altro (specificare)/Other (specify): _____</p> <p>_____</p>

Le risposte a queste domande devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo.



Il Sottoscritto/Proponente (dichiarazioni rese per conto proprio e dei suoi associati):

e' a conoscenza di alcuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna?	SÌ NO Se "SÌ" dettagliare eventualmente su foglio separato
e a conoscenza di qualche elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo al risarcimento per fatto a lui imputabile verso terzi?	SÌ NO Se "SÌ" dettagliare eventualmente su foglio separato
dopo indagine interna, e' a conoscenza se qualcuna delle società o enti nelle quali l' assicurato ha ricoperto cariche sociali e' attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo o indagine giudiziaria?	SÌ NO Se "SÌ" dettagliare eventualmente su foglio separato
conferma che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità?	SÌ NO
ha sottaciuto alcun elemento influente alla valutazione del rischio?	SÌ NO

Firma

Data

I dati personali indicati e che formano oggetto di trattamento saranno utilizzati ai sensi dell'art. 10 L. 31/12/1996 n. 675.



16. Dichiarazione

Declaration

Il Proponente deve fornire tutte le informazioni che possano influenzare gli assicuratori nelle loro decisioni relative al rischio siano esse specificamente richieste in questo modulo proposta o meno.

The Proposer is required to disclose all information which will influence the underwriters in their assessment of the risk, whether specifically requested in this proposal or not.

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente e degli altri soggetti di cui al punto 2 del presente questionario dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

I, being an authorised representative of the Proposer, and all parties named in Question 2 declare that the statements made and information given are true and that no material information has been withheld, or misstated, and I acknowledge that this proposal and all other information supplied by me or on my behalf shall be the basis of any contract of insurance issued as a consequence.

Data
Date

Firma del Proponente
Signed on behalf of Proposer

Data
Date

Firma dell'Intermediario
Signed on behalf of Proposer