

QUESTIONARIO PREVENTIVO PER QUOTAZIONE POLIZZA

RC PROFESSIONALE COMMERCIALISTA

1. Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio

- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA)

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA)

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti

Telefono

email

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro €

4. Rinnovo Automatico Si No

5. Continuous Cover Si No

6. Periodo di retroattività richiesta:

Due (2) anni/data iscrizione albo/data inizio attività Cinque (5) anni Dieci (10) anni Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo?

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

8. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire dettagli

9. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

10. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Si No

Se sì, fornire dettagli

11. A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Si No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Si No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si No

Se sì, fornire dettagli

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. - art. 2482 ter c.c. ?

Si No

Se sì indicare il vecchio capitale

e il nuovo capitale

SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2	(STIMA) ANNO CORRENTE 2
ATTIVITA' ORDINARIA		
Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale:		
Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF	€	€
Attività di perito del tribunale		
Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie		
Attività di libera docenza		
Curatore, Commissario		
EDP*		
Altro (es. Consulenza ecc)		
Certificazione obbligatoria (allegare nominativi e settori merceologici delle società)		
Certificazione volontaria		
Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
Liquidatore	€	€
Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730	€	€
Assistenza fiscale – visto leggero CON 730		
Visto Pesante	€	€
Mediazione/Conciliazione	€	€
Sindaco	€	€
Revisore legale dei Conti		
(ALLEGARE NOMINATIVI E SETTORI MERCEOLOGICI DELLE SOCIETÀ)		
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
Amministratore di stabili e condomini		
Numero di Condomini amministrati	€	€
Numero di Super Condomini amministrati		
Attestatore	€	€
Amministratore di sostegno	€	€
Delegato alle vendite	€	€
Altro: mansioni specifiche	€	€
TOTALE	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)? Sì No
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Sì No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).

Il sottoscritto, in proprio ed eventualmente anche per conto di altri indicati (nel caso si studio associato o società):

1) Prende atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e successivi e si acconsente al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali, al fine della migliori quotazioni possibili da parte di sottoscrittori e compagnie assicurative anche attraverso l'ausilio di strumenti informatici;

2) Prende atto della informativa sugli obblighi di comportamento sugli intermediari e sull'intermediario stesso modelli 7A e 7b regolamento IVASS 05/2006, pubblicati anche in Internet sul ns. sito;

3) Prende atto che tale questionario preventivo, non costituisce in alcun modo materiale contrattuale o vincolante fra le parti.

Contattateci per ogni evenienza e assistenza anche a mezzo Tel. 081 5784704, per un preventivo gratuito inviare FAX 081 0099244 oppure EMAIL: preventivi@calastribroker.com

luogo e data _____

Firma _____

ALTRE NOTE ove necessario: