

Modulo di PROPOSTA
per l'assicurazione R. C. Professionale del
COMMERCIALISTA

PROPOSAL Form
Professional Indemnity Insurance of
"COMMERCIALISTI"

Prima di compilare questo modulo,
si leggano le seguenti

*Before filling in this form,
please read the following*

AVVERTENZE IMPORTANTI

IMPORTANT INFORMATION

- (a) Gli Assicuratori non possono esaminare costruttivamente proposte che abbiano risposte mancanti o insufficienti. Si prega di rispondere in modo completo ed esauriente ad ogni domanda.
- (b) Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare ("assicurandi") e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.
- (c) Le risposte e le informazioni date costituiscono dichiarazioni su cui si baserà il contratto, se questo sarà stipulato. Ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni in veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la stipulazione del contratto e la valutazione del rischio possono comportare l'annullamento del contratto o comunque, la perdita, totale o parziale, del diritto all'Indennizzo.
- (d) Il Premi è dovuto con periodicità annuale. Gli unici mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: bonifici bancari/assegni circolari a favore degli Assicuratori e/o degli intermediari espressamente autorizzati in tale qualità. Eventuali frazionamenti del Premio potranno essere concordati di volta in volta tra Assicurato/Contraente e Assicuratori e sono indicati nella Scheda di Polizza.

- (a) *Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.*
- (b) *Some questions entail that all Professionals to be insured ('listed Professionals') be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.*
- (c) *Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. In accordance with Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code, inexact and/or incomplete statement rendered by the individual having authority to do so may lead to the cancellation of the contract or to the total or partial loss of indemnification's rights.*
- (d) *The Premium is due yearly. The only means of payment of the Premium accepted by the Insurers are the following: transfers/banker's drafts in the name of the Insurers and/or of the intermediaries duly authorized. Any split of the Premium may be agreed from time to time between Policyholder/Insured and Insurers.*

In conformità con quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 5/2006 e successive modificazioni, gli unici mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

Pursuant to IVSAP Regulation no. 5/2006 (as amended), the sole means of payment of the Premium accepted by the Insurers are the following: a) non transferable bank cheques, postal cheques or bankers' drafts, made out or endorsed to the undertaking on whose behalf they are acting or whose contracts are marketed, or specifically to the intermediary in his capacity as such; b) payment orders, other means of bank or mail transfer, or electronic mail systems, where the beneficiary is one of the persons stipulated under a) above.

(e) LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NE' IL PROPONENTE NE' GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

(e) *SIGNING THIS FORM SHALL NOT BIND EITHER THE PROPOSER OR UNDERWRITERS TO MAKE THE INSURANCE CONTRACT.*

La Polizza, se stipulata, sarà basata sul modello di contratto fornito dagli Assicuratori, nella forma "CLAIM MADE", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione quale definito in contratto, e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad errori/omissioni commessi dopo la data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

La Polizza offre all'Assicurato l'opportunità di denunciare, durante il periodo di assicurazione, circostanze che possano dare luogo a potenziali reclami. In tal caso gli stessi saranno considerati come denunciati durante il periodo di assicurazione. A fronte di ciò si raccomanda al Proponente di prestare particolare attenzione alle domande concernenti sinistri, circostanze o situazioni pregresse e conosciute, in quanto esse non potranno necessariamente essere oggetto di copertura.

The Policy, if it is made, shall be based on the terms of the Contract Wording provided by Insurers, on a "CLAIM MADE" basis, that is to say, to cover claims first made against the Insured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance as defined in the contract, in relation to acts committed after the agreed retroactive date. On termination of the period of insurance, all obligations of Underwriters will terminate and no notification of claim will be accepted.

During its currency period the Insurance Policy provides the Insured with the opportunity to notify circumstances which could give rise to potential claims. Should this be the case, these would be considered as duly notified during the currency period of the insurance Policy. In the light of this, the Proposer is advised to take particular care in answering questions relating to claims, circumstances or situations known prior to completion of the proposal form as these will necessarily not be covered.

1.1

PROPONENTE

In quale delle tre figure che seguono (A, B, C) rientra il Proponente di questa assicurazione?

- A. Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto.
- B. Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce 2 che segue, che con lui condividono lo studio all'indirizzo sotto indicato.
- C. STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono (elencati alla voce 2 che segue).

PROPOSER

Under which of the following three cases (A, B, C) does the Proposer fall?

- A. INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only.
- B. INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals as listed under Section 2, who share with him the office premises at the address stated below.
- C. PARTNERSHIP which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals (as listed under Section 2) who are members thereof.

Risposta (Answer) :

 Inserire A o B o C

1.2

Estremi del Proponente**Details of Proposer**

Nome/Denominazione (Name or Firm Name):

Indirizzo (Address):

CAP (Postal Code):

Città/Località (e Provincia)

Town/Location (& Province):

Codice Fiscale e Partita IVA (Fiscal and VAT Code):

Data di Costituzione (Date of Establishment):

2. ASSICURANDI : dettagli di ciascuno, compreso il Proponente se Professionista individuale (figure A o B)
Details of PROFESSIONALS to be insured, including Proposer if Individual Professional (cases A or B)

	Titolo Title	Nome e cognome Full Name	Anno Inizio Attività Year of Activity Start	Anno d'Iscrizione all'Albo Year listed on Professional Roll
1				
2				
3				
4				

3.1

SEDI SECONDARIE :

Se lo Studio ha anche sedi secondarie, precisare le località ove ciascuna è situata. Se lo spazio non è sufficiente, provvedere con foglio separato, datato e firmato.

SUBSIDIARY OFFICES:

Please State location of each Subsidiary Office, if any.

If this space is not sufficient, please use a separate sheet, duly dated and signed.

Date di Costituzione (Dates of Establishment):

3.2

LIMITI TERRITORIALI dell'assicurazione

Considerata l'ubicazione delle sedi secondarie, quali delle seguenti formule (A, B, C) di limiti territoriali è prescelta?

- A. Italia, San Marino, Vaticano.
- B. A, più tutti i Paesi dell'Unione Europea
- C. Tutti i Paesi del mondo ESCLUSI: USA, Canada, e i territori sotto la loro giurisdizione

TERRITORIAL LIMITS

In view of the location(s) of the Subsidiary Office(s), which of the following Territorial Limits formulations (A, B, C) is selected?

- A. Italy, San Marino, Vatican City
- B. A, plus all countries of the European Union
- C. All countries in the world, EXCLUDING: USA, Canada, and all territories under their jurisdiction

Risposta (Answer) :

 Inserire A o B o C

5. CLIENTI/COMMITTENTI PARTICOLARI

È ESCLUSA DALL'ASSICURAZIONE LA FUNZIONE DI SINDACO DELLE SOCIETÀ, AZIENDE O IMPRESE SOTTO ELENcate. Se altre prestazioni professionali sono fornite da taluno degli assicurandi, si prega di indicarlo qui di seguito.

SPECIAL CLIENTS/PRINCIPALS

THE FUNCTION OF STATUTORY AUDITOR IN ANY OF THE ENTITIES OR COMPANIES LISTED BELOW IS EXCLUDED FROM THE INSURANCE. If other professional services are provided by any of the listed Professionals, please specify below.

		SI o NO
a)	A società quotate nei mercati finanziari ufficiali <i>To companies quoted in official stock markets</i>	
b)	A aziende di credito o bancarie <i>To banking operations</i>	
c)	A imprese di assicurazione <i>To insurance operations</i>	
d)	A società finanziarie, qualunque ne sia il tipo <i>To financial operations, whatever their type</i>	
e)	A società che fanno ricorso al mercato del capitale di rischio <i>To companies seeking funds in the financial markets</i>	
f)	A consorzi o altri simili organismi in cui taluna delle sopra indicate società, aziende o imprese partecipi <i>To consortia and similar ventures in which any of the above mentioned operations or companies is a party</i>	
g)	A società di Elaborazione Dati Contabili (EDP), delle quali l'Assicurato sia o meno socio/titolare <i>To EDP Companies of which the Insured is not a Shareholder/Owner</i>	

Se vi sono risposte affermative a qualsiasi di queste domande, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato. In caso di assenza di risposta o di risposta negativa, le attività prestate per le su elencate categorie di Clienti saranno comunque escluse dalle garanzie di polizza, se stipulata.

If the answer to any of these questions is affirmative, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed. If no answer is given, or in case of a negative answer, the activities rendered to the listed categories of Clients will be excluded from the Policy, if made.

6. DITTA DI EDP

EDP SERVICE FIRM Inserire :

		SI o NO
6.1	Lo Studio si avvale dei servizi di una ditta di EDP? <i>Does the Office avail itself of the services of an EDP Firm?</i>	
6.2	E' confermato che il capitale di tale Ditta, o la quota di maggioranza di esso, appartiene allo Studio o a taluno degli assicurandi ovvero a società o persona in qualsiasi modo connessa allo Studio o assicurando anche come Società' con denominazione sociale diversa? <i>Is it confirmed that the whole or the majority of the capital of such Firm is owned by the Proposer or any of the listed Professionals or by a person or company connected with either of these persons or Separate trading name?</i>	
6.3	Se la risposta alle due precedenti domande è affermativa, la Ditta di EDP può essere inclusa tra gli Assicurati, per quanto riguarda i servizi resi allo Studio. Si desidera tale inclusione? <i>If the previous two answers are affirmative, you may wish to include the EDP Firm among the Insureds, in relation to services provided to your Office. Is this inclusion required?</i>	
6.4	In tal caso, trascrivere la denominazione e indirizzo della Ditta:	
6.5	Il suo domicilio completo:	
E indicare gli introiti alla voce 7.9 che segue		<i>and state its income under Section 7.9 below</i>

7.1 INTROITI – INCOME

a) Data Chiusura del Bilancio (Financial Year End Date) :

Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al lordo di qualunque spesa, onere, imposta o contributo), percepiti o percepibili dallo Studio e dall'insieme di tutti gli assicurandi (incluse parcelle pagate ai sub-appaltatori/Consulenti) - Please state total amount of combined income, fees and other compensation (gross of any cost, burden, tax or contributions) collected or collectable by both the Office and all listed Professionals (including fees paid to sub-Contractors/Consultants)

b) Area Geografica – Geographical Area

Anno	Introiti Lordi	Italia	Estero
2014	€	%	%
2015	€	%	%
2016	€	%	%
Stima 2017	€	%	%

c) Specializzazioni - Specialisations

Anno - Year

- 7.1a Visto Pesante
Certified Approval ("Visto Pesante")
 - 7.1b Visto Conformità (Legge 102)
Certified Approval ("Law 102")
 - 7.2 Operazioni Societarie
Corporate Transactions
 - 7.3 Componente del Collegio Sindacale e Amministratore
Statutory Auditor
 - 7.4 Revisore Contabile
Audit
 - 7.5 Valutazione Partecipazioni Società
Determination of value of shares in unlisted companies
 - 7.6 Liquidatore o curatore fallimentare
Liquidator or Receiver
 - 7.7 Amministratore di Condomini
Residential Property Manager
 - 7.8 Consulente del Lavoro
Labour Consultant
 - 7.9 Copertura "EDP" Elaborazione elettronica di dati EDP
(Electronic Data Processing) Coverage
 - 7.10 Tutte le altre funzioni e attività professionali
All other functions and professional activities
 - 7.11 Componente dell'Organismo di Vigilanza ex Dlgs. 231/2010
Member of the Supervisory Board pursuant to Legislative Decree no. 231/2010
- Totale Introiti – Total Income**

	Nel decorso esercizio <i>In Prior Year</i>	Stima per l'esercizio corrente <i>In Current Year</i>
1a		
1b		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

8. PRECEDENTI ASSICURATIVI**PREVIOUS/OTHER INSURANCE***(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)**(Please read the Useful Information before answering)*

Dettagli dei contratti per assicurare la responsabilità civile professionale, stipulati dal Proponente e/o da taluno degli Assicurandi negli ultimi 5 anni :

Please provide details of any Professional Indemnity insurance taken out by the Proposer and/or any of the listed Professionals in the last 5 years :

	Periodo / <i>Period</i>		Impresa assicuratrice / <i>Insurers</i>	Limite di indennizzo (massimale)
	dal / <i>from</i>	al / <i>to</i>		<i>Limit of Indemnity</i>
8.1			CONTRATTI CESSATI / <i>CONTRACTS LAPSED</i>	
8.2			CONTRATTI ANCORA IN VIGORE / <i>CONTRACTS STILL IN FORCE</i>	

8.3 Vi sono contratti cessati o che andranno a cessare perché l'impresa assicuratrice ne ha rifiutato il rinnovo oppure ha esercitato il diritto di recesso per sinistro (reclamo)?

Was any contract terminated, or is any contract being terminated, because its Insurers have either refused to renew or withdrawn therefrom due to claim or claims?

Risposta / *Answer* :

Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.

If the answer is SI/YES, please provide details on a separate sheet, duly dated and signed.

9. SINISTRALITA'**CLAIMS RECORD***(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)**(Please read the Useful Information before answering)*

Sono stati fatti negli ultimi 5 anni reclami contro il Proponente o taluno degli Assicurandi, per Danni attribuiti a negligenza professionale, errore o omissione?

Has any claim been made in the last 5 years against the Proposer or any of the listed Professionals, because of professional negligence, error or omission?

Risposta / *Answer* :

Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato (date, descrizione, ammontare dei danni, ecc.)

If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed (dates, description, amount of losses, etc)

10. RECLAMI POTENZIALI**POTENTIAL CLAIMS***(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)**(Please read the Useful Information before answering)*

Dopo aver effettuato accurate indagini, è il proponente o taluno degli Assicurandi a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze, che possano dar luogo a reclami per danni connessi a una propria responsabilità professionale?

After carrying out careful enquiries, is the Proposer or any of the listed Professionals aware of any facts or situations or circumstances, which may give rise to claims in relation to liability for professional negligence?

Risposta / *Answer* :

Inserire SI o NO

*(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)**(Please read the Useful Information before answering)*

Tra le aziende alle quali lo Studio rende prestazioni professionali o le ha rese **negli ultimi 5 anni** ve ne è qualcuna che si trova attualmente in stato di insolvenza, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra analoga situazione?

*Is any of the firms to which services are being provided, or have been provided **in the last 5 years**, currently insolvent or bankrupt or being wound up or under controlled administration, or in any other similar situation?*

Risposta / *Answer* :

Inserire SI o NO

Se la risposta è SI per una o entrambe domande, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato. Si precisa che gli eventuali reclami derivanti dalle circostanze di cui l'Assicurato si a conoscenza alla data di compilazione di questo questionario, o comunque prima della data di decorrenza della Polizza, se stipulata, saranno in ogni caso oggetto di esclusione.

If the answer to any of the above is YES, please provide details on a separate sheet, duly dated and signed. It is to be clarified that coverage will be excluded for the eventual claims arising from the circumstances known by the Insured on the date of completion of this proposal form, or in any case before the date of inception of the Policy.

11. LIMITE DI INDENNIZZO (massimale) richiesto

€

LIMIT OF INDEMNITY (maximum) required

Il limite di indennizzo è l'esborso cumulativo massimo a cui gli Assicuratori sono tenuti, per capitale, interessi e spese, complessivamente per l'insieme di TUTTI I RECLAMI pertinenti all'intero periodo di assicurazione indipendentemente dal numero di tali reclami, dei reclamanti e delle persone assicurate coinvolte.

The limit of indemnity shall be the maximum disbursement for which Underwriters shall be liable, in respect of capital, interest and costs, for ALL CLAIMS pertaining to the whole period of insurance, regardless of the number of such claims, the number of claimants and insured persons involved.

12. FRANCHIGIA

€

DEDUCTIBLE

La franchigia rappresenta la somma che, per ciascun sinistro, è a carico dell'Assicurato.

The deductible is the amount which, for each and every claim, shall be borne by the Insured.

13. RETROATTIVITA'

RETROACTIVE COVER

Premesso che l'assicurazione in questione è nella forma "claim made", quanti anni di retroattività sono richiesti?

Whereas the insurance will be on a claim made basis, please state number of years for which you wish your cover to be retroactive.

Risposta : anni (3 anni - illimitata prima della data di effetto)
 Answer : years (3 years - unlimited before inception date)

Il sottoscritto Proponente, anche a nome degli altri Professionisti da assicurare, conferma la veridicità delle dichiarazioni e dei dati forniti nel presente modulo di proposta e negli allegati e, agli effetti del codice sulla "Privacy", Legge N° 196/2003, autorizza gli Assicuratori e l'Intermediario del contratto a farne uso unicamente per la stipulazione e la gestione dell'assicurazione.

The undersigned Proposer hereby confirms, also in the name of the Professionals to be insured, the truthfulness of the statements and information given in this proposal form and in the attachments hereto and, for the purposes of the "Privacy Code", Law N° 196/2003, authorises both Underwriters and Broker to only make use thereof for the completion and management of the insurance contract.

Data <i>Date</i>	Firma del Proponente / Proposer's Signature	
	<i>(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di firmare)</i>	<i>(Please read the Useful Information before signing)</i>

Si prega di verificare che ogni eventuale allegato a questo modulo sia DATATO e FIRMATO.
Please ensure that each attachment, if any, to this form is duly DATED and SIGNED.

<p>Il sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota Informativa, comprensiva di Glossario; • Condizioni Generali di Assicurazione; Questionario Proposta. <p>Firma del Proponente</p>	<p><i>I declare that all the documents contained in the Booklet have been duly received and namely:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Information Notice, including the Glossary;</i> • <i>General terms and conditions;</i> • <i>Proposal form</i> <p><i>Proposer's Signature</i></p>
--	---

Data/ Date