

Responsabilità civile professionale

Commercialista, Esperto Contabile, Revisore Legale, Consulente del Lavoro e Tributarista
Professional Indemnity Insurance of Chartered Accountant and Labour Consultant Tax Specialist

Questionario / Proposal Form

Avviso Importante / Important Notice

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio / *The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and any further documentation or information underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly*

E' di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare Wide Group Srl poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali indennizzi o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa / *It is fundamental that the Proposer is aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your Wide Group Srl as any erroneous or inaccurate information could compromise any indemnification or could lead to cancellation of the policy.*

1. INFORMAZIONI GENERALI / General information

1.1

Il Proponente <i>The Proposer:</i>	
Indirizzo sede legale <i>Headquarter address:</i>	
Cap <i>Postal Code:</i>	
Partita Iva e/o Codice Fiscale <i>Vat number and/or Tax Code:</i>	

1.2

In quale delle opzioni che seguono rientra il Proponente di questa assicurazione? / *Which option fits better the proposer?*

LIBERO PROFESSIONISTA / SELF EMPLOYED

- ☐ intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto / *Wish to apply for a individual cover*
- ☐ intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati alla domanda 1.3, che con lui condividono lo Studio all'indirizzo sopra indicato / *Wish to apply for a cover to insured self and all the other professionist listed in the question 1.3 that share with him the above listed workplace.*

STUDIO ASSOCIATO / PROFESSIONAL FIRM

- ☐ intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono ed elencati alla domanda 1.3. / *Wish to apply for a cover to insure himself and all the associated listed in question 1.3*
- ☐ intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono anche per attività svolta in nome e per conto proprio ed elencati alla domanda 1.3 / *Wish to apply for a cover to insure himself, all the associated listed in question 1.3, also for the activities performed as self employed.*

N.B. in caso di scelta dell'opzione b il fatturato riportato alla domanda 2.1 deve essere pari alla somma degli introiti di tutti i soggetti assicurati. L'inserimento di nuovi professionisti in corso d'anno deve essere prontamente comunicato alla compagnia al fine di rendere operative le garanzie.

Important: if option b is chosen, the turnover in question 2.1 must be equal to the sum of the incomes of all the insured parties. The addition of new professionals during the year must be promptly communicated to the insurance company in order to activate the coverage.

2.3

Professionisti da includere in copertura / Associates to be included in the cover:

	Cognome e Nome / Surname and Name	Partita IVA Vat number	Visto leggero/ Visto pesante Tax assistance/Tax certification
1			
2			
3			
4			
5			

1.4

EDP - si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP (Elaborazione Elettronica di Dati) indicata? / EDP firm - is it required to include the mentioned EDP (Electronic Data Processing) company in the cover?

☐ Si / Yes ☐ No / No

Denominazione della società EDP / EDP name:	
Partita IVA/ VAT Number:	
Sede Legale della società EDP / EDP legal address:	

Il Proponente dichiara che la predetta società EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata / The Proposer declares that the above mentioned EDP firm operates exclusively in connection with the insured professional activity. In caso contrario si prega di fornire dettagli / If otherwise please give details:

☐ Si / Yes ☐ No / No

Dettagli / Details:

2. INFORMAZIONI FINANZIARIE / Financial Information

2.1

Totale introiti al netto dell'IVA (inclusa attività EDP) / Total Net Fees invoiced (including EDP activity). Si prega di indicare anche il maggior onorario ottenuto da qualsiasi cliente / Largest total fee from any one client

Anno / Year		Fatturato annuo/ Annual income	Maggior onorario/ Largest total fee
Due anni fa Two years ago	20.	€	€
Anno scorso Last year	20.	€	€
Anno in corso (stima) Current year (estimate)	20.	€	€

3.2

Divisione in percentuale del TOTALE degli introiti lordi dei soggetti assicurati per l'ultimo anno finanziario completo / *Division of gross fees as a percentage of the total for last complete financial year*

C.P	Descrizione attività	Operante		%	Note
-	Attività ordinaria (contabilità e consulenza fiscale) <i>Ordinary activities (accountancy and tax consultancy)</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
A	Funzione di Sindaco* <i>Statutory auditor member*</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
B	Funzione di revisore contabile* <i>Auditor*</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
C1	Visto leggero (assistenza fiscale) "senza 730" <i>Tax assistance without 730</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
C2	Visto leggero (assistenza fiscale) "con 730" <i>Tax assistance with 730</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
C3	Visto pesante <i>Tax certification</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
D	Operazioni su società (fusioni e acquisizioni) <i>Mergers, Acquisitions and companies operations</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
E	Funzione di revisore contabile in enti pubblici <i>Auditor for public entities</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
F	Valutazioni di partecipazioni sociali non quotate <i>Shareholding appraisal for not listed companies</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
F	Valutazioni di partecipazioni sociali quotate <i>Shareholding appraisal for listed companies</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
G	Insolvenza, liquidazioni e curatele <i>Insolvencies, liquidations and receiverships</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
H	Funzione di amministratore di condominio <i>Administration of apartment buildings</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
I	Consulenza del lavoro <i>Labour Consultancy</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
J	EDP	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
K	Membro o presidente del consiglio di amministrazione <i>Board member, chairman of auditors committee</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
L	Membro Organismo di Vigilanza <i>Odv member</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
O	Assenza incarichi: incarichi cessati o nuovi incarichi futuri <i>No statutory or auditing activity in place but extension required</i>	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		
-	Altro, specificare Other, please give details _____	<input type="checkbox"/> Si / Yes	<input type="checkbox"/> No / No		

* **N.B.** in caso di scelta delle condizioni particolari A e B si precisa che le società che versino in stato di liquidazione coatta amministrativa, amministrazione controllata, fallimento, o nei confronti delle quali una richiesta di una qualsiasi procedura concorsuale fosse stata avanzata od accolta, sono espressamente escluse dalla copertura assicurativa. Per maggiori informazioni vedasi articolo 15 lettera S del fascicolo informativo. / Important: if the particular conditions A and B are chosen, please notice that companies that are in compulsory liquidation, controlled

administration, failure or that have an insolvency procedure pending or approved, are expressly excluded from the insurance cover. For more information please see article 15 letter S of the Information Booklet.

In caso di assenza di fatturato per le attività di cui alle condizioni particolari A e B è possibile richiedere una estensione di copertura per gli incarichi cessati o nuovi previsti incarichi futuri rispondendo **SI** alla condizione particolare O e compilando la tabella al punto 2.5. **ATTENZIONE: l'inclusione di tale clausola comporta un aumento di premio** / In case of absence of turnover for the activities in particular conditions A and B, it is possible to request an extension of cover for finished or new (future) tasks by answering YES to the particular condition O and filling in the form in 2.5. **IMPORTANT: the addition of the above clause causes an increment in the premium.**

2.3

Segnalare se le attività sopra indicate sono svolte per conto di istituzioni finanziarie (banche, compagnie di assicurazione, fondi di investimento, SGR, SIM, società finanziarie, società sottoposte alla vigilanza di CONSOB, Banca d'Italia, IVASS o UIC) / Please, inform whether the above mentioned activities are provided for financial institutions (banks, insurance companies, investment funds, SGR, SIM, financial companies, companies regulated by CONSOB, Banca d'Italia, IVASS o UIC)

Ragione Sociale	P.IVA	Capitale Sociale	Utile/Perdita	Fatturato	Attività Svolta

2.4

Indicare se parte delle attività indicate al punto 2.2 suddette viene svolta per conto di società quotate in borsa e il tipo di attività svolta / Activity for Listed Companies (please give details)

☐ Si / Yes ☐ No / No

Ragione Sociale	P.IVA	Capitale Sociale	Utile/Perdita	Fatturato	Attività Svolta

2.5

Elenco incarichi sindacali cessati per i quali è richiesta la copertura / List of ceased audit assignment to be covered

Ragione Sociale	P.IVA	Anno cessazione incarico	Capitale Sociale	Utile o Perdita	Fatturato	Attività Svolta	Media ultimi due emolumenti

N.B. Le società di cui ai punti 2.3 - 2.4 - 2.5 del presente punto necessitano di pattuizione espressa con la compagnia, Pertanto qualunque società non indicata sarà ritenuta **esclusa** dalla copertura. / Please Notice: The companies above need an agreement with the insurer. Companies not listed will be considered excluded from the cover.

2.6

Limite di indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo / *Limit of Indemnity any one claim and in the annual aggregate:*

<input type="checkbox"/> € 250.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000
<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000

Altro / Other € _____

2.7

Ammontare della franchigia che si è disposti ad accettare per ogni sinistro / *Amount the proposer is willing to carry as uninsured in respect of each and every claim*

<input type="checkbox"/> € 1.500	<input type="checkbox"/> € 2.500	<input type="checkbox"/> € 5.000	<input type="checkbox"/> € 10.000
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Altro / Other € _____

2.8 - Articolo 20

Si richiede l'inclusione del Vincolo di Solidarietà? / *Joint Liability to be included?*

☐ Si / Yes ☐ No / No

L'art. 2055 codice civile disciplina la **Responsabilità Solidale**: se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido (1292) al risarcimento del danno. In caso di inclusione di tale copertura gli Assicuratori risponderanno di quanto dovuto dall'Assicurato salvo il diritto di regresso nei confronti degli altri terzi responsabili. In caso di esclusione di tale copertura gli Assicuratori risponderanno di quanto dovuto dall'Assicurato solo per la sua quota di pertinenza.

2.9 - Condizione Particolare M

Si richiede l'inclusione della clausola Conduzione dello studio? *Office liability to be included?*

☐ Si / Yes ☐ No / No

2.10 - Condizione Particolare N

Si richiede l'inclusione della Continuous Cover? *Continuous cover to be included?*

☐ Si / Yes ☐ No / No

La clausola "**Continuous Cover**" ha la finalità di estendere la copertura ai sinistri che potrebbero sorgere in corso di validità della polizza e che siano riconducibili a circostanze già note all'Assicurato, a condizione che:

- l'Assicurato fosse ininterrottamente coperto da contratti emessi dalla Rappresentanza Generale per l'Italia dei Lloyd's;
- la mancata denuncia dei fatti e/o delle circostanze non sia dovuta a dolo;
- i fatti e/o le circostanze non siano stati già denunciati su altri contratti;

La liquidazione del danno per questa estensione avverrà applicando uno scoperto del 20% con una franchigia minima del 150 % della franchigia più elevata tra quella indicata sulla Scheda di Copertura.

ATTENZIONE: l'inclusione di tale clausola comporta un aumento di premio / **IMPORTANT:** The addition of the above clause causes an increase of the premium.

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / *Other insurances and previous insurers*

3.1

E' in corso altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati per lo stesso periodo richiesto? / *Is there another PI Insurance policy covering the Proposer or any of his associated partners for the same period?*

☐ *Si/Yes* ☐ *No/No*

In caso di risposta affermativa fornire contratto in corso / *If Yes, please send policy.*

NB E' necessario compilare la domanda 3.1 solamente se la necessità è quella di quotare una polizza di secondo rischio in eccesso al contratto in corso. *IMPORTANT: it is necessary to answer to question 3.1 only if there is the need to quote a second excess risk insurance according to the current contract.*

3.2

Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? / *Has the Proposer ever had PI cover?*

☐ *Si/Yes* ☐ *No/No*

In caso di risposta affermativa, fornire i dettagli richiesti di seguito / *If Yes, please give details.*

(a) Nome degli Assicuratori / <i>Name of Insurers:</i>	
(b) Massimale assicurato / <i>Limits of Indemnity:</i>	€
(c) Franchigia / <i>Excess:</i>	€
(d) Data di scadenza / <i>Expiry date:</i>	
(e) Numero di anni di copertura precedente continua / <i>Number of years of continuous previous insurance:</i>	
(f) Data di retroattività / <i>Retroactivity date:</i>	

NB Nel caso in cui non fosse presente la Retroattività o si volesse acquistare un periodo di Retroattività maggiore rispetto a quello riportato al punto f, indicare sotto l'opzione richiesta / *Retroactive required date if not present in the actual policy.*

☐ gg/mm/aaaa / ____/____/____ ☐ ____anni / *years* ☐ illimitata / *unlimited*

Diversamente nella quotazione verrà riportata la retroattività della polizza in corso segnalata al punto f. / *If not specified, in the quotation there will be the retroactivity of the current policy, as in point f.*

3.3

Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? / *Have the Proposers been refused insurance similar to that now being requested?:*

☐ *Si/Yes* ☐ *No/No*

4. **SINISTRI E CIRCOSTANZE / Claims and Circumstances**

4.1

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro indennizzabile ai termini di questa polizza? / *Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?*

☐ Sì / Yes ☐ No / No

In caso di risposta affermativa, fornire Scheda Sinistro Allegata per ogni evento / *If Yes, please attach details.*

4.2

Indicare se il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni / *Has the Proposer or any of his associated partners had any PI claim in the past 5 years?*

In caso di risposta affermativa, fornire Scheda Sinistro Allegata per ogni evento / *If Yes, please attach details.*

☐ Sì / Yes ☐ No / No

AVVERTENZA / WARNING

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. / *False, inexact or reticent declarations given by the subject legitimate to give the required information for the subscription of the contract can compromise the right to receive the service.*

6. DICHIARAZIONE / DECLARATION

Il Sottoscritto/Proponente, dopo accurato esame, salvo quanto dichiarato al punto 4.0 dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati / *The Proposer, after enquiry and in exception of what declared at point 4.0, declares on his/her behalf and on his/her associated partners behalf that:*

- a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi negli ultimi 5 anni / *to the best of his/her knowledge and belief, no claim has been made in the last five years up to the present date*
- b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento / *to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact or circumstance that could give rise to damages to third parties or to a claim for compensation from third parties*
- c) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili procedure / *he/she did not undertake activities as Board Member, Chairman, Chairman/Member of Auditors Committee in Companies or Bodies which have been placed in liquidation, declared bankruptcy or similar procedures*
- d) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità / *the information in this questionnaire is truthful*
- e) non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio / *no information that could influence the valuation of this risk has been withheld.*
- f) Il sottoscritto dichiara inoltre: di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato la "Nota Informativa", le Condizioni di Assicurazione", il Glossario che, con il presente modulo di proposta di Assicurazione, formano parte integrante del Fascicolo Informativo. / *the Proposer also declares that he/she has received, examined carefully, obtained the requested clarifications, perfectly understood and accepted the Informative Note, the Conditions of Insurance and the Glossary that are part of the Information Booklet, alongside this Renewal Proposal Form.*

Data / date

Timbro e Firma del Proponente / *the Proposer*

SCHEDA SINISTRO (da compilarsi una per ogni sinistro)
CLAIM DETAILS (to be filled in for any claim)

Data apertura sinistro <i>Date of the opening of the claim</i>	
Data dell'evento che ha generato la richiesta danno <i>Date of the event that generated the damage</i>	
Nominativo del reclamante o presunto danneggiato <i>Name of the complainant or alleged damaged person</i>	
Descrizione dettagliata del sinistro <i>Detailed description of the claim</i>	
Attività svolta dal Proponente/Assicurato <i>Activity of the Proponent / Insured</i>	
Ammontare del danno richiesto o dell'eventuale riserva <i>Amount of the required damage or of the eventual reserve</i>	
Stato del sinistro <i>State of the claim</i>	<input type="checkbox"/> aperto /open <input type="checkbox"/> chiuso /closed
Eventuale importo di riserva / liquidazione <i>Eventual reserve amount / settlement</i>	€ _____

Data / date

Timbro e Firma del Proponente / the Proposer
