

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

**Settore Professioni Liberali
(Avvocati, Commercialisti, Consulenti del lavoro,
Ragionieri, Amministratori di stabili condominiali)**

PROPOSTA – QUESTIONARIO

1) Ragione Sociale o nome del Proponente:

Cognome e nome :

.....

Indirizzo completo :

.....

Codice Fiscale :

.....

Titolo di studio :

.....

Iscrizione all'Albo professionale dei :

.....

Anno di iscrizione all'Albo :

.....

Anno di inizio attività :

.....

Qualora l'attività venga svolta in forma associata, si prega di indicare:

Nominativi

dei professionisti Associati - Data di nascita - Albo di appartenenza e data di iscrizione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Introiti/Fatturato complessivo degli ultimi tre anni:

(se studio associato, fatturato complessivo dei professionisti componenti lo studio):

anno_____ €. _____

anno_____ €. _____

anno_____ €. _____

Data di chiusura del Vostro Bilancio: _____

3) Numero complessivo di tutto lo *Staff* incluso consulenti e praticanti ed ogni altra persona che in via continuativa, anche a *part-time*, svolge un'attività per il Proponente. Indicare il numero complessivo escludendo le persone elencate nel precedente punto 1):

Totale numero:

Numero dei Praticanti

Compensi annui €.

Numero Personale Amm.vo.....

Compensi annui €.

Numero altro Personale.....

Compensi annui €.

Numero del Personale di Segreteria.....

Compensi annui €.

Quanti ritenete possano diventare nel prossimo futuro?.....

- Il Proponente richiede accurate referenze quando inizia un rapporto di collaborazione con il proprio Staff? SI ☐ NO ☐

- Il Vostro *Staff* compie normalmente un periodo di *training* sotto la responsabilità di un Professionista? SI ☐ NO ☐

In caso affermativo per quanto tempo?

.....

3) Siete già assicurati con un Contratto di Responsabilità civile professionale?

SI ☐ NO ☐

Se sì, con quale Società?

In caso affermativo, compilare lo schema che segue ed allegare copia integrale della polizza in corso incluse le Condizioni Generali di Assicurazione ed eventuali appendici

- Data di decorrenza e scadenza del Contratto in corso:

.....

- Società Assicuratrice:

.....

- Massimale e/o i massimali incluso i sottolimiti di risarcimento

.....

- franchigie e/o gli scoperti

.....

- premio in corso

.....

- retroattività concessa

.....

4) Qualche Compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o ha rinunciato a continuare la copertura assicurativa per la Responsabilità civile professionale negli ultimi 5 anni? SI ☐ NO ☐

In caso affermativo, fornire i dettagli:

.....

.....

.....

5) Si sono mai verificate Perdite o sono mai stati fatti Reclami nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni (rispondere indipendentemente dalla sottoscrizione o meno di una polizza di r.c. professionale)? SI ☐ NO ☐

In caso affermativo fornire tutti i dettagli possibili riguardo alle circostanza ed all'ammontare della Perdita e dei Reclami allegando anche della documentazione.

.....

.....

.....

6) Siete a conoscenza di qualche Circostanza che può dare origine a una Perdita o ad una Richiesta di Risarcimento nei confronti di ciascun Assicurando? (Questa risposta va data dopo aver fatto un'accurata indagine con il Vostro Staff e tutti i Professionisti Associati)

SI ☐ NO ☐

In caso affermativo, fornire i dettagli:

.....

.....

.....

TIPO DI COPERTURA RICHIESTA

7) Massimale richiesto per sinistro ed anno: €.

8) Il Proponente svolge funzioni di Sindaco in Società? SI ☐ NO ☐

Se sì, specificare presso quali Ditte:

..... fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.
 fatturato annuo €.

Compensi annui complessivi percepiti per lo svolgimento di tale attività (l'importo dovrà far parte della voce "introiti/fatturato" riportata nel precedente punto 1): €.

9) Il Proponente svolge Funzioni di Amministratore in Società od Enti? SI ☐ NO ☐

Indicare qui di seguito la Ragione Sociale e l'indirizzo dei clienti per cui prestate questo servizio:

.....

10) Il Proponente svolge attività di sottoscrizione di Relazioni di Certificazione dei Bilanci ai sensi del D.P.R. n. 136 del 31-03-1975 o ai sensi di altre norme che rendono la Certificazione obbligatoria? SI ☐ NO ☐

In caso affermativo indicare il volume degli introiti relativo all'ultimo anno per questa attività (l'importo dovrà far parte della voce "introiti/fatturato" riportata nel precedente punto 1)

€.

11) Spazio riservato ad eventuali note dell'Assicurando:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La compilazione del presente questionario NON impegna alla stipulazione della polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte.

Il proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Il proponente conferma che le dichiarazioni da lui rese sono prestate anche per conto degli altri professionisti interessati alla copertura assicurativa.

L'Assicurando dichiara altresì di essere informato ai sensi della legge 675/96 che i dati raccolti sono trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite una organizzazione ed una logica strettamente correlate alle finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati a: altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione; che alla stessa competono i diritti di cui all'art.13 della legge 675/96; che il titolare del sopradescritto trattamento è Cattolica Assicurazioni Soc. Coop., con sede in Lungadige Cangrande, n° 16 - 37126 Verona.

Con la sottoscrizione della presente proposta questionario, preso atto di tale informazione, l'Assicurando acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data

Firma del Proponente