

Questionario Responsabilità Civile Professionale Area Fiscale – Commercialisti, Revisori, Consulenti del lavoro, Tributaristi, EDP

1. IL PROPONENTE - INFORMAZIONI GENERALI

Cognome / Nome – Ragione Sociale				
Indirizzo		Località Comune	Prov	C.a.p.
Codice Fiscale	Partita IVA	Comune di nascita	Prov	Data di nascita
Anno di inizio Attività	N° ed Anno Iscr.	Decorrenza dalle ore 24:00 del		
Attività Esercitata			Num. crediti conseguiti	
Indirizzo Email		Rinnovo (indicare una preferenza; sarà valutata la possibilità di inserimento secondo disposizioni di compagnia)		
		<input type="checkbox"/> cessazione a scadenza <input type="checkbox"/> tacito <input type="checkbox"/> automatico		

2. INFORMAZIONI SUI SOGGETTI DA ASSICURARE

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	N° ed Anno Iscrizione	Anno Inizio Attività	Professione

3. SEDI SECONDARIE

Via	Città	Cap	Provincia

4. CARATTERISTICHE GENERALI

Massimale Richiesto:

€ 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 altro _____

Franchigia Richiesta:

€ 500,00 € 1.000,00 altro _____

Retroattività Richiesta:

2 Anni 5 Anni 10 Anni Illimitata altro _____

5. LISTA GARANZIE

Le attività e funzioni di seguito elencate sono escluse dalla copertura assicurativa, salvo espresso patto contrario

Garanzia Base	SI
Spese Ripristino Reputazione <i>(se presente tra le opzioni di polizza)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
R.C. della Conduzione dello Studio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Giovani Professionisti <i>(se presente tra le opzioni di polizza)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro (Specificare Attività)	

6. INFORMAZIONI SUL FATTURATO

Percentuale di fatturato divisa per area geografica:

Area geografica	% di fatturato lordo ultimo esercizio
Italia	%
Europa	%
Mondo intero escluso USA/Canada	%
USA e Canada	%

Suddivisione per attività

Attività	Nel passato esercizio	Stima per l'esercizio corrente
Attività Ordinaria	€	€
Acquisizioni e/o fusioni	€	€
Insolvenza, liquidazioni e curatele	€	€
Amministratore di stabili e di condomini	€	€

Visto di conformità / leggero con 730	€	€
Visto di conformità / leggero senza 730	€	€
Visto Pesante *Si Prega di allegare copia della procura ricevuta dall'Agenzia delle Entrate	€	€
Sindaco (completare ALLEGATO 1)	€	€
Revisore (completare ALLEGATO 1)	€	€
Membro del Consiglio Di Amministrazione (completare ALLEGATO 1)	€	€
Membro dell'Organismo Di Vigilanza (completare ALLEGATO 1)	€	€
Membro dell'Organismo Di Composizione della Crisi da Sovraindebitamento (completare ALLEGATO 1)	€	€
Membro dell'Organismo Indipendente di Valutazione (completare ALLEGATO 1)		
EDP *compilare tabella EDP sottostante	€	€
Amministratore di sostegno		
Delegato alle vendite / custode giudiziario	€	€
Altro (specificare): _____	€	€
TOTALE	€	€

* TABELLA EDP

Ragione Sociale:	P.IVA:
-------------------------	---------------

7. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Proponente ha un cliente che genera più del 50% del totale del fatturato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

In caso di risposta affermativa, indicare ragione sociale, settore di attività del cliente e attività svolta per esso:

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 SI NO Controllata"
- 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

Le società eventualmente indicate 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 _____

8. INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Compagnia			
Massimale		Retroattività	
Franchigia			
Premio pagato		N. di anni di copertura precedente continua	
Data di inizio		Data di scadenza	
** In caso di sovrapposizione di assicurazione, la presente richiesta di copertura opererà in secondo rischio.			
Sono mai state rifiutate coperture assicurative negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

9. INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI

Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se una o più delle domande, relative agli eventuali precedenti sinistri o rifiuti di coperture assicurative per lo stesso rischio, sono "SI", fornire di seguito tutti i dettagli possibili, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- i. di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*, ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza;
- ii. che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'ASSICURATORE presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;
- iii. di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela degli assicurati – allegato 3 e 4 si cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.;
- iv. di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41/2018 dell'IVASS al quale si chiede l'adesione, di accettare integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurati hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente l'ASSICURATORE di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Ruolo aziendale

Firma

Nome e Cognome di chi firma in nome
e per conto dei soggetti assicurati

Data

.....

.....

...../...../.....

"Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati Personali" (Art. 13 del Regolamento 679/2016) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatici ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa

di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è Heca Unipersonale s.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

IMPORTANTE

Heca Unipersonale S.r.l. si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

ALLEGATO 1

Compilare la seguente tabella solo se si hanno incarichi di Sindaco, Revisore, membro del CDA, membro del ODV e dell'Organismo di Composizione della Crisi da Sovraindebitamento, Membro dell'Organismo Indipendente di Valutazione:

Attività svolta	Nominativo Società	Settore Merceologico della società	Partita Iva	Data inizio attività	Data fine attività