

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	P.IVA	
CITTÀ	CAP	PROVINCIA
ATTIVITÀ ESERCITATA: COMMERCIALISTA		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:	
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:		
FRANCHIGIA:		
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:		
RETROATTIVITÀ (anni):		

Tipologia di attività

Condizioni Particolari soggette a pattuizione espressa

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
FUNZIONE DI SINDACO			
FUNZIONE DI REVISORE CONTABILE			
FUNZIONE DI REVISORE CONTABILE IN ENTI PUBBLICI			
MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE			
OCC ORGANISMO PER LA COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO			
MEMBRO ODV ORGANISMO DI VIGILANZA			
LIQUIDATORE O CURATORE FALLIMENTARE DI SOCIETÀ, AZIENDE, ASSOCIAZIONI, FONDAZIONI OD ALTRI ORGANISMI			
AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI			
VISTO LEGGERO			
VISTO PESANTE			
FUSIONI ED ACQUISIZIONI, OPERAZIONI SU SOCIETÀ, ASSOCIAZIONI, AZIENDE			

Il Proponente si avvale dei servizi delle seguenti ditte EDP e ne possiede la maggioranza

NOME SOCIETÀ	PARTITA IVA	INDIRIZZO	CAP	CITTÀ	PROVINCIA	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO

Soggetti assicurati

Assicurati

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi

Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA
-----------	-------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------------------

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni (o anche in epoca antecedente qualora le suddette richieste di risarcimento e/o azioni perdurino a tutt'oggi o siano terminate sempre nell'arco degli ultimi 5 anni), anche se non notificate all'Assicuratore. I seguenti sinistri sono esclusi dalla copertura.

DATA EVENTO	DATA PRIMA RICHIESTA DI RISARCIMENTO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	--------------------------------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore. Le seguenti circostanze si intendono escluse dalla copertura se non diversamente pattuito.

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

A seguito di indagine, il Proponente e/o gli Assicurati risultano essere a conoscenza delle seguenti Circostanze o Eventi che possano dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti del Proponente stesso in relazione all'incarico professionale – Attività di Sindaco/Revisore dei Conti, Amm.re società, Attività OdV 231/2001 (o altro) – indicato nella presente proposta

DATA EVENTO	STATO EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	--------------	--------------------

Sono stati ricoperti o si ricoprono tutt'ora incarichi di Sindaco o di Amministratore presso le seguenti società sottoposte a procedure concorsuali

SOCIETÀ	PARTITA IVA
---------	-------------

Dichiarazione

Avvertenza: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la Conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Il Proponente, autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, l'Assicuratore presterà l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE;

Data

Firma del Proponente/Contraente

- (III) di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e dei seguenti documenti che compongono il Set informativo di cui al Regolamento IVASS 41/2018: DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni e Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario, oltre al Questionario di Proposta, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole e prima della sottoscrizione del Questionario stesso;

Data

Firma del Proponente/Contraente

- (IV) dichiara di aver letto attentamente e di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 - Art. 1.1 – Validità temporale delle garanzie – Clausola Claims made
 - Art. 1.3 – Altre Assicurazioni – secondo rischio
 - Art. 1.6 – Recesso in caso di Richiesta di risarcimento
 - Art. 1.7 – Durata e Rinnovo dell'Assicurazione
 - Art. 1.11 – Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di risarcimento / Circostanza
 - Art. 1.16 – Reclami
 - Art. 1.17 – Sanzioni e Embargo
 - Art. 2.10 – Limiti di indennizzo – franchigia/scoperto
 - Art. 2.13 – Esclusioni

Data

Firma del Proponente/Contraente

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi 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 del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo l'ASSICURATORE alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Data

Firma del Proponente/Contraente

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa sulla privacy (Reg. UE 2016/679) acconsente al trattamento dei propri dati personali, delle categorie particolari di dati quali quelli sulla salute nonché eventuali dati giudiziari, da parte di Sogessur S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data

Firma del Proponente/Contraente