

**Responsabilità civile**  
**Ragionieri Commercialisti, Dottori Commercialisti, Consulenti del Lavoro**  
*Professional Indemnity Insurance of Chartered Accountants and Labour Consultants*  
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

È 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 il Vostro Broker poichè ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti 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 local broker 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 / The Proposer: \_\_\_\_\_

Indirizzo / Address: \_\_\_\_\_

1.2 Partita Iva / Vat number: \_\_\_\_\_

1.3 Denominazione in caso di Studio Associato / Name in the event of Associated Partnership: \_\_\_\_\_

1.4 Professionisti che formano lo Studio / Accountants forming part of the Partnership:

N. 1 _____	Iscrizione all'albo? / Registration to the relevant Professional Association? Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>
N. 2 _____	Iscrizione all'albo? / Registration to the relevant Professional Association? Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>
N. 3 _____	Iscrizione all'albo? / Registration to the relevant Professional Association? Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>
N. 4 _____	Iscrizione all'albo? / Registration to the relevant Professional Association? Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>
N. 5 _____	Iscrizione all'albo? / Registration to the relevant Professional Association? Si/Yes <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/>

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

€500,000  €1,000,000  €1,500,000  €2,000,000  €2,500,000  €5,000,000  € \_\_\_\_\_

1.6 Franchigia richiesta / Deductible requested: € \_\_\_\_\_

1.7 Società EDP – si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP indicata? / EDP firm – is Insurance required to include the EDP company indicated?

Si/Yes  No/No

Fatturato / Income € \_\_\_\_\_

Denominazione / Name \_\_\_\_\_

Sede Legale / 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. GARANZIE RICHIESTE / COVER REQUIRED

- 2.1 Attività / Activities
- Membro o Presidente del Consiglio di Amministrazione o del Collegio dei Sindaci  
*Board member, Chairman/Member of the Auditors Committee*
- Amministrazione Condominiale  
*Administration of Apartment Buildings*
- Responsabilità Solidale  
*Joint Liability*
- Fusioni ed Acquisizioni  
*Mergers and Acquisitions*
- Visto Pesante  
*Certification of Conformity*
- Visto Leggero  
*Tax assistance*
- Insolvenze, Liquidazioni e Curatele  
*Insolvencies, Liquidations and Receiverships*
- Retroattività (numero di anni richiesti)  
*Retroactivity (number of years required)*
- 2.2 Si richiede eliminazione della proroga automatica del contratto prevista in polizza? / Does the proposer wish to eliminate the automatic renewal provision? *Si/Yes*  *No/No*

## 3. INFORMAZIONI FINANZIARE / FINANCIAL INFORMATION

- 3.1 Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno dei passati 5 anni (esclusa attività EDP) / Total Gross Fees invoiced for each of the past 5 years (excluding EDP activity)
- 3.2 Il maggior onorario ottenuto da qualsiasi cliente / Largest total fee from any one client
- |              |         |
|--------------|---------|
| 3.1          | 3.2     |
| € _____ 2009 | € _____ |
| € _____ 2008 | € _____ |
| € _____ 2007 | € _____ |
| € _____ 2006 | € _____ |
| € _____ 2005 | € _____ |
- 3.3 Fatturato previsto per l'anno in corso / Estimated fees/turnover for present year € \_\_\_\_\_
- 3.4 Divisione degli introiti lordi (come percentuale del totale) per l'ultimo anno finanziario / Division of gross fees (as a percentage of the total) for last financial year
- 1) Contabilità e Consulenza fiscale / Accountancy and Tax Consultancy %
- 2) Consulenza manageriale / Management Consultancy %
- 3) Insolvenze, Liquidazioni e Curatele / Insolvencies, Liquidations and Receiverships %
- 4) Consigliere d'Amministrazione/Sindaco / Board Member/Internal Auditor %
- 5) Revisore Esterno / External Auditor %
- 6) Consulenza del lavoro / Labour Consultancy %
- 7) Indicare se parte delle attività suddette viene svolta per conto di società quotate in borsa e il tipo di attività svolta  
*Activity for Quoted Companies (please give details)*
- 8) Altro (Specificare) / Others (please give details) %
- 3.5. Numero di nomine per attività di Sindaco/Revisore/Amministratore / Number of appointments iro Board Member/Internal Auditor/External Auditor

## 4. SINISTRI E CIRCOSTANZE / CLAIMS AND CIRCUMSTANCES

- 4.1 Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza? / Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?: *Si/Yes*  *No/No*
- In caso di risposta affermativa, fornire allegato / 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?*

Si/ Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / *If Yes, please attach details.*

## 5. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / *OTHER INSURANCES AND PREVIOUS INSURERS*

- 5.1 Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati? / *Is there another PI Insurance policy covering the Proposer or any of his associated partners?*

Si/ Yes  No/No

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

- 5.2 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, si prega di indicare / *If Yes, please specify:*

(a) Nome degli Assicuratori / *Name of Insurers* \_\_\_\_\_

(b) Massimale assicurato / *Limits of Indemnity* € \_\_\_\_\_

(c) Franchigia / *Excess* € \_\_\_\_\_

(d) Data di scadenza / *Expiry date* \_\_\_\_\_

(e) Numero di anni di copertura precedente continua / *Number of years of continuous previous insurance* \_\_\_\_\_

**NB.** Se non assicurati attualmente, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati / *If not currently insured, please give these details relative to the latest year that insurance was carried.*

- 5.3 Ai proponenti 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

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / *If Yes, please attach details.*

## 6. DICHIARAZIONE / DECLARATION

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati / *The Proposer 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 negli ultimi 5 anni da terzi / *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) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio / *no information that could influence the valuation of this risk has been withheld*

Firma / *Signature:* \_\_\_\_\_

Nome e Cognome / *Printed name:* \_\_\_\_\_

Data / *Date:* \_\_\_\_\_

## NOTA INFORMATIVA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto sarà concluso con alcuni Assicuratori dei Lloyd's, la cui Rappresentanza generale per l'Italia è situata in Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano.

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

#### - LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art. 80 del decreto legislativo n. 209/05, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

#### - RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami: Tel. 02 6378881 - Fax 02 63788850, E-mail [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com)).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dal Lloyd's.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### - TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

L'assicurando dichiara di aver ricevuto la nota informativa e di averla letta attentamente prima di procedere alla sottoscrizione

Data

Firma dell'Assicurando

.....

.....