
Modulo di PROPOSTA
per l'assicurazione R. C. Professionale del
COMMERCIALISTA

PROPOSAL Form
Professional Indemnity Insurance of
"COMMERCIALISTI"

Prima di compilare questo modulo,
si leggano le seguenti

*Before filling in this form,
please read the following*

AVVERTENZE UTILI

USEFUL INFORMATION

- | | |
|--|--|
| <p>(a) Gli Assicuratori non possono esaminare costruttivamente proposte che abbiano risposte mancanti o insufficienti. Si prega di rispondere in modo completo ed esauriente ad ogni domanda.</p> <p>(b) Alcune domande presuppongono una consultazione con tutti i Professionisti da assicurare ("assicurandi") e richiedono una risposta articolata; si prega di fornirla su foglio separato, datato e firmato.</p> <p>(c) Le risposte e le informazioni date costituiscono dichiarazioni su cui si baserà il contratto, se questo sarà stipulato. Si raccomanda di tener conto dei disposti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p> <p>(d) LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NE' IL PROPONENTE NE' GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.</p> | <p>(a) <i>Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.</i></p> <p>(b) <i>Some questions entail that all Professionals to be insured ('listed Professionals') be consulted, and require an articulated answer. Please provide your answer on a separate sheet, duly dated and signed.</i></p> <p>(c) <i>Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract, if it is made, will be based. You are recommended to bear in mind the provisions of Articles 1892, 1893 e 1894 of the Civil Code.</i></p> <p>(d) SIGNING THIS FORM SHALL NOT BIND EITHER THE PROPOSER OR UNDERWRITERS TO MAKE THE INSURANCE CONTRACT.</p> |
|--|--|

L'assicurazione, se stipulata, sarà basata sul modello di contratto 'Comm 2-3000', nella forma "CLAIMS MADE", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione quale definito in contratto, e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad errori/omissioni commessi dopo la data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Insurance, if it is made, shall be based on the terms of 'Comm2-3000' Contract Wording, on a "CLAIMS MADE" basis, that it to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance as defined in the contract, in relation to errors and omissions committed after the agreed retroactive date. On termination of the period of insurance, all obligations of Underwriters will terminate and no notification of claim will be accepted.

1.1 PROPONENTE

In quale delle tre figure che seguono (A, B, C) rientra il Proponente di questa assicurazione?

- A. Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione soltanto per proprio conto.
- B. Professionista INDIVIDUALE che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di TUTTI i Professionisti elencati nella voce 2 che segue, che con lui condividono lo studio all'indirizzo sotto indicato.
- C. STUDIO ASSOCIATO che intende stipulare l'assicurazione per conto proprio e per conto di tutti i Professionisti che lo compongono (elencati alla voce 2 che segue).

PROPOSER

Under which of the following three cases (A, B, C) does the Proposer fall?

- A. INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit only.
- B. INDIVIDUAL Professional who wishes to take out insurance for his own benefit and on behalf of ALL Professionals as listed under Section 2, who share with him the office premises at the address stated below.
- C. PARTNERSHIP which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals (as listed under Section 2) who are members thereof.

Risposta (Answer) : _____ Inserire A o B o C

1.2 Estremi del Proponente

Details of Proposer

Nome/Denominazione (Name or Firm Name) : _____

Indirizzo (Address): _____

CAP (Postal Code): _____

Città/Localtà (e Provincia)
Town/Location (& Province): _____

Codice Fiscale e/o Partita IVA (Fiscal and/or VAT Code): _____

2. ASSICURANDI : dettagli di ciascuno, compreso il Proponente se Professionista individuale (figure A o B)

Details of PROFESSIONALS to be insured, including Proposer if Individual Professional (cases A or B)

| | Titolo (v. N.B. sotto) Title (See N.B. below) | Nome e cognome Full Name | Anno di abilitazione alla professione Year when License obtained | Anno di ammissione al Registro dei Revisori Contabili Year when admitted into the Auditors Registry |
|---|--|-----------------------------|---|--|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

N.B. - Se taluno degli Assicurandi è avvocato, l'assicurazione non vale per attività diverse da quelle tipiche dell'Avvocato Commercialista".
N.B. - If any of the listed Professionals is a lawyer, insurance shall only be operative for his activities of "Commercial Advocate".

3.1 SEDI SECONDARIE :

Se lo Studio ha anche sedi secondarie, precisare le località ove ciascuna è situata. Se lo spazio non è sufficiente, provvedere con foglio separato, datato e firmato.

SUBSIDIARY OFFICES:

Please State location of each Subsidiary Office, if any.
 If this space is not sufficient, please use a separate sheet, duly dated and signed.

3.2 LIMITI TERRITORIALI dell'assicurazione

Considerata l'ubicazione delle sedi secondarie, quali delle seguenti formule (A, B, C) di limiti territoriali è prescelta?

- A. Italia, San Marino, Vaticano.
- B. A, più tutti i Paesi dell'Unione Europea e Svizzera
- C. Tutti i Paesi del mondo ESCLUSI: USA, Canada, e i territori sotto la loro giurisdizione

TERRITORIAL LIMITS

In view of the location(s) of the Subsidiary Office(s), which of the following Territorial Limits formulations (A, B, C) is selected?

- A. Italy, San Marino, Vatican City
- B. A, plus all countries of the E U and Switzerland
- C. All countries in the world, EXCLUDING: USA, Canada, and all territories under their jurisdiction

Risposta (Answer) : _____ Inserire A o B o C

4. RISCHI soggetti a PATTUIZIONE espressa

Le attività e funzioni sotto elencate sono escluse dall'assicurazione, salvo espresso patto contrario.

Quali di esse devono essere incluse nell'assicurazione, in quanto esercitate da tutti o da taluno degli assicurandi?

N. B. - Se una casella è lasciata in bianco o reca una risposta diversa da SI, ciò significa che la corrispondente voce è da considerarsi esclusa.

N. B. - A box left blank or with an answer other than SI/YES shall mean that cover for the corresponding risk is not required.

RISKS subject to EXPRESS AGREEMENT

Unless otherwise agreed, the following activities and functions are excluded from the insurance.

Which of them are carried out by any of the listed Professionals, and are therefore to be covered?

| | Attività da includere nell'assicurazione? <i>Activity to be covered?</i> | Attività svolta anche nelle sedi secondarie in Italia? <i>Activity also carried out in any Subsidiary in Italy?</i> | Attività svolta anche nelle sedi secondarie all'Estero? <i>Activity also carried out in any Subsidiary Abroad?</i> |
|--|---|--|---|
| Inserire : | SI o NO | SI o NO | SI o NO |
| A - Apposizione di "Visto pesante" <i>"Visto Pesante"</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| B - Fusioni e Acquisizioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No e Operazioni su Società, Associazioni Aziende <i>Merger and Acquisition and Operations on companies Association firms</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| C - Funzione di Revisore in enti pubblici <i>Comptroller in Public Bodies</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D - Valutazione di partecipazioni sociali non quotate <i>Valuations of shareholdings in unquoted companies</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E - Liquidatore o curatore fallimentare di società, aziende, associazioni, fondazioni o altri organismi, diversi da quelli elencati alla voce 5 che segue <i>Liquidator or Receiver in Bankruptcy for any operations or companies other than those listed under Section 5 below</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F - Attività di Amministratore di condomini <i>Administrator of condominium buildings</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| G - Attività di Consulente del lavoro <i>Labour Consultant</i> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5 - CLIENTI/COMMITTENTI PARTICOLARI

Si avverte che la funzione di SINDACO per gli ORGANISMI SOTTO ELENCATI è ESCLUSA dall'assicurazione. Se taluno degli assicurandi svolge tale funzione, si prega di indicare qui di seguito per quali organismi. Gli Assicuratori si riservano di considerare l'eventuale estensione a questa funzione.

SPECIAL CLIENTS/PRINCIPALS

Please note that the function of 'SINDACO' for the ENTITIES ITEMISED BELOW is EXCLUDED from the insurance. Should any of the listed Professionals be in charge of such a function, please specify below for which entities. Underwriters reserve to consider a possible extension thereto.

| | | Inserire : SI o NO |
|----|---|--------------------------|
| a) | Società quotate nei mercati finanziari ufficiali <i>Companies quoted in official stock markets</i> | <input type="checkbox"/> |
| b) | Aziende di credito o bancarie <i>Banking operations</i> | <input type="checkbox"/> |
| c) | Imprese di assicurazione <i>Insurance operations</i> | <input type="checkbox"/> |
| d) | Società finanziarie, qualunque ne sia il tipo <i>Financial operations, whatever their type</i> | <input type="checkbox"/> |
| e) | Società che fanno ricorso al mercato del capitale di rischio <i>Companies seeking funds in the financial markets</i> | <input type="checkbox"/> |
| f) | Consorzi o altri simili organismi in cui taluna delle sopra indicate società, aziende o imprese partecipi <i>Consortia and similar ventures in which any of the above mentioned operations or companies is a party</i> | <input type="checkbox"/> |
| g) | Società tenute alla redazione del bilancio consolidato <i>Company bound to issue consolidated balance sheets</i> | <input type="checkbox"/> |

Se vi sono risposte affermative a qualsiasi delle precedenti fattispecie, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato e indicare i relativi introiti alla voce 7.5 che segue.

If the answer to any the foregoing items is affirmative, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed and state the relative income under Section 7.5 below.

6 - DITTA DI EDP

EDP SERVICE FIRM

Inserire : SI o NO

| | | | |
|-----|---|---|--------------------------|
| 6.1 | Lo Studio si avvale dei servizi di una ditta di EDP? | <i>Does the Office avail itself of the services of an EDP Firm?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | E' confermato che il capitale di tale Ditta, o la quota di maggioranza di esso, appartiene allo Studio o a taluno degli assicurandi? | <i>Is it confirmed that the whole or the majority of the capital of such Firm is owned by the Proposer or any of the listed Professionals?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Se la risposta alle due precedenti domande è affermativa, la Ditta di EDP può essere inclusa tra gli Assicurati, per quanto riguarda I servizi resi allo Studio. Si desidera tale inclusione? | <i>If the previous two answers are affirmative, you may wish to include the EDP Firm among the Assureds, in relation to services provided to your Office. Is this inclusion required?</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | In tal caso, trascrivere la denominazione della Ditta: | <i>If so, please state name of Firm :</i> | |
| 6.5 | il suo domicilio completo: | <i>its full address:</i> | |

e indicarne gli introiti alla voce 7.7 che segue.

and state its income under Section 7.7 below.

7 - INTROITI – Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al lordo di qualunque spesa, onere, imposta o contributo), percepiti o percepibili dallo Studio e dall'insieme di tutti gli assicurandi.

INCOME – Please state total amount of combined income, fees and other compensation (gross of any cost, burden, tax or contributions) collected or collectable by both the Office and all listed Professionals.

| | Anno - Year | Nel decorso esercizio <i>In Prior Year</i> | Stima per l'esercizio corrente <i>In Current Year</i> |
|-----|---|---|--|
| 7.1 | Spettanze per la funzione di Sindaco <i>Compensation for the function of 'Sindaco'</i> | .1 | <input type="text"/> |
| 7.2 | Spettanze per la funzione di Revisore Contabile <i>Compensation for the function of individual Auditor</i> | .2 | <input type="text"/> |
| 7.3 | Spettanze per la funzione di Revisore in Enti pubblici <i>Compensation for the function of Comptroller in Public Bodies</i> | .3 | <input type="text"/> |
| 7.4 | Spettanze per la funzione di Liquidatore o Curatore fallimentare <i>Compensation for the function of Liquidator or Receiver</i> | .4 | <input type="text"/> |
| 7.5 | Spettanze per la funzione di Sindaco di organismi di cui alla voce 5 <i>Compensation for the function of 'Sindaco' for entities mentioned under Sec. 5</i> | .5 | <input type="text"/> |
| 7.6 | Onorari e introiti per tutte le altre funzioni e attività professionali <i>Fees and income for all other functions and professional activities</i> | .6 | <input type="text"/> |

| | | | |
|-----|--|----|--|
| 7.7 | Introiti della Ditta di EDP se è da includere tra gli Assicurati <i>Income of EDP Firm if this is to be included as Assured</i> | .7 | |
| | Totale Introiti - <i>Total Income</i> | € | |

8 - PRECEDENTI ASSICURATIVI

PREVIOUS/OTHER INSURANCE

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

(Please read the Useful Information before answering)

Dettagli dei contratti per assicurare la responsabilità civile professionale, stipulati dal Proponente e/o da taluno degli Assicurandi negli ultimi 5 anni :

Please provide details of any Professional Indemnity insurance taken out by the Proposer and/or any of the listed Professionals in the last 5 years :

| | Periodo / <i>Period</i> | | Impresa assicuratrice / <i>Insurers</i> | Limite di indennizzo (massimale) |
|-----|-------------------------|----------------|--|-------------------------------------|
| | <i>dal / from</i> | <i>al / to</i> | | <i>Limit of Indemnity</i> |
| 8.1 | | | CONTRATTI CESSATI / <i>CONTRACTS LAPSED</i> | |
| 8.2 | | | CONTRATTI ANCORA IN VIGORE / <i>CONTRACTS STILL IN FORCE</i> | |

8.3 Vi sono contratti cessati o che andranno a cessare perché l'impresa assicuratrice ne ha rifiutato il rinnovo oppure ha esercitato il diritto di recesso per sinistro (reclamo)?

Was any contract terminated, or is any contract being terminated, because its Insurers have either refused to renew or withdrawn therefrom further to claim or claims?

Risposta / *Answer* : _____ Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.
If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed.

9 - SINISTRALITA'

CLAIMS RECORD

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

(Please read the Useful Information before answering)

Sono stati fatti negli ultimi 5 anni reclami contro il Proponente o taluno degli Assicurandi, per Danni attribuiti a negligenza professionale, errore o omissione?

Has any claim been made in the last 5 years against the Proposer or any of the listed Professionals, because of professional negligence, error or omission?

Risposta / *Answer* : _____ Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato (date, descrizione, ammontare dei danni, ecc.)
If the answer is SI/YES, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed (dates, description, amount of losses, etc)

10 - RECLAMI POTENZIALI

POTENTIAL CLAIMS

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

(Please read the Useful Information before answering)

E' il proponente o taluno degli Assicurandi a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze, che possano dar luogo a reclami per danni connessi a una sua responsabilità professionale?

Is the Proposer or any of the listed Professionals aware of any facts or situations or circumstances, which may give rise to claims in relation to liability for professional negligence?

Risposta / *Answer* : _____ Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.

11 - AZIENDE IN SOFFERENZA

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

Tra le aziende alle quali lo Studio rende prestazioni professionali o le ha rese negli ultimi 5 anni ve ne è qualcuna che si trova attualmente in stato di insolvenza, in fallimento, in liquidazione coatta, in amministrazione controllata, o altra analoga situazione?

Risposta / Answer : _____ Inserire SI o NO

Se la risposta è SI, si prega di elencare qui di seguito tali aziende e di precisare a fianco di ciascuna se la prestazione professionale è o fu resa nella funzione di Sindaco o in altra veste.

If the answer is SI/YES, please list below such firms and state on side of each whether professional services are/were rendered in the capacity of 'Sindaco' or otherwise.

Denominaz. dell'azienda e brevi dettagli

Name of Firm and brief Details

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

DOUBTFUL FIRMS

(Please read the Useful Information before answering)

Is any of the firms to which services are being provided, or have been provided in the last 5 years, currently insolvent or bankrupt or being wound up or under controlled administration, or in any other similar situation?

| Per la funzione di Sindaco o Revisore dei Conti <i>For the Function of 'Sindaco' or sole Auditor</i> | Per prestazioni diverse <i>For other Services</i> |
|---|--|
| SI o NO | SI o NO |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

12 - LIMITE DI INDENNIZZO (massimale) richiesto

€ _____

Se è richiesta la copertura del "Visto pesante" (domanda 4.A), il Proponente conferma la congruità di tale limite di indennizzo.

Il limite di indennizzo è l'esborso cumulativo massimo a cui gli Assicuratori sono tenuti, per capitale, interessi e spese, complessivamente per l'insieme di TUTTI I RECLAMI pertinenti all'intero periodo di assicurazione indipendentemente dal numero di tali reclami, dei reclamanti e delle persone assicurate coinvolte.

LIMIT OF INDEMNITY ("massimale") required

If cover is required for "Visto Pesante" (Section 4.A), the Proposer hereby confirms that such limit of indemnity is adequate.

The limit of indemnity shall be the maximum disbursement for which Underwriters shall be liable, in respect of capital, interest and costs, for ALL CLAIMS pertaining to the whole period of insurance, regardless of the number of such claims, the number of claimants and insured persons involved.

13 - RETROATTIVITA'

Premesso che l'assicurazione in questione è nella forma "claims made", quanti anni di retroattività sono richiesti?

RETROACTIVE COVER

Whereas the insurance will be on a claims made basis, please state number of years for which you wish your cover to be retroactive.

Risposta : _____ anni (da 0 a 6 anni prima della data di effetto)

Answer : _____ years (from 0 to 6 years before inception date)

Il sottoscritto Proponente, anche a nome degli altri Professionisti da assicurare, conferma la veridicità delle dichiarazioni e dei dati forniti nel presente modulo di proposta e negli allegati e, agli effetti del codice sulla "Privacy", Legge N° 196/2003, autorizza gli Assicuratori e l'Intermediario del contratto a farne uso unicamente per la stipulazione e la gestione dell'assicurazione.

The undersigned Proposer hereby confirms, also in the name of the Professionals to be insured, the truthfulness of the statements and information given in this proposal form and in the attachments hereto and, for the purposes of the "Privacy Code", Law N° 196/2003, authorises both Underwriters and Broker to only make use thereof for the completion and management of the insurance contract.

| | |
|----------------------------|--|
| Data <i>Date</i> | Firma del Proponente / Proposer's Signature |
| | <i>(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di firmare) (Please read the Useful Information before signing)</i> |

Si prega di verificare che ogni eventuale allegato a questo modulo sia DATATO e FIRMATO.

Please ensure that each attachment, if any, to this form is duly DATED and SIGNED.