

MODULO di PROPOSTA**per l'assicurazione R. C. Professionale del COMMERCIALISTA***Professional Indemnity Insurance of****PROPOSAL form*****Prima di compilare questo modulo,
si leggano le seguenti****AVVERTENZE UTILI*****Before filling in this form,
please read the following******USEFUL INFORMATION***

- (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.**
- (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.**
- (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.**
- (d) LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO NON IMPEGNA NE' IL PROPONENTE NE' GLI ASSICURATORI A STIPULARE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

- (a) Underwriters cannot constructively examine proposals with insufficient or missing answers. Please answer each question in a complete and exhaustive manner.***
- (b) 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.***
- (c) Answers and information given hereby shall constitute declarations on which the contract will be based, if it is made. You are recommended to bear in mind the provisions of articles 1892, 1893 and 1894 of the Civil Code.***
- (d) SIGNING THIS FORM SHALL NOT BIND EITHER THE PROPOSER OR UNDERWRITERS TO MAKE THE INSURANCE CONTRACT.***

L'assicurazione, se stipulata, sarà basata sul modello di contratto 'Comm1-3000', nella forma "CLAIMS MADE" ossia, a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione 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 in the terms of 'Comm1-3000' Wording, on a "CLAIMS MADE" basis, that is to say, to cover claims first made against the Assured, and duly reported to Underwriters, during the period of insurance, in relation to acts committed after the retroactive date. On termination of the period of insurance, all obligations of Underwriters will terminate and no notice 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 alla 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 2 below), who share with him the office premises at the address stated hereunder.*
- C - PARTNERSHIP which wishes to take out insurance for its own benefit and on behalf of all Professionals who are members thereof (as listed under 2 below).*

Risposta: A o B o C

1.2 - Estremi del Proponente

Details of Proposer

Nome/Denominazione (*Full Name*):

Indirizzo (*Address*):

CAP (*Postal Code*):

Città/località (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 the Proposer if Individual Professional (cases A or B)

Titolo <i>Title</i> (v. NB)	Nome e cognome <i>Name in full</i> (<i>See N.B.</i>)	Anno di abilitazione alla professione <i>Year when License obtained</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

NB : 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 la 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 Tutti i Paesi dell'Unione Europea
- 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 All countries of the European Union
- C All countries in the world, EXCLUDING USA, Canada, and all territories under their jurisdiction.

Risposta:

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?

RISKS SUBJECT TO EXPRESS AGREEMENT

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

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

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

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

Attività da includere nell'assicurazione?	Attività svolta anche nelle sedi secondarie in Italia.	Attività svolta anche nelle sedi secondarie All'Estero
Activity to be covered?	Activity also carried on in any Subsidiary in Italy?	Activity also carried on in any Subsidiary Abroad?

SI o NO

SI o NO

SI o NO

- A -- Apposizione di "visto pesante"
"Visto Pesante"
- B -- Operazioni su società, associazioni, aziende (costituzione, trasformazione, fusione, scissione, concentrazione)
Operations in companies, associations, firms
- C -- Funzione di Sindaco di società con esclusione di ditte del tipo di cui alla voce 5 che segue
Conformity Officer, excluding entities under question 5
- C2 -- Funzione di Sindaco di società comprese le ditte indicate alla voce 5 che segue
Conformity Officer, including entities stated under question 5
- D -- Funzione di Revisore in enti pubblici e/o società private
Comptroller in Public Bodies and Private Companies
- E -- Valutazione di partecipazioni sociali non quotate
Valuations of shareholdings in unquoted companies
- F -- Liquidatore o curatore fallimentare di società, aziende, associazioni, fondazioni o altri organismi
Liquidator or Receiver in Bankruptcy
- G -- Attività di Amministratore di condomini
Administrator of condominium buildings
- H -- Attività di Consulente del lavoro
Labour Consultant
- I -- Funzione di Arbitro in procedimenti extragiudiziari
Arbitrator in out-of-court proceedings
- J -- Autore di saggi, articoli e pubblicazioni in genere
Author of essays, articles, and publications in general
- L -- Attività di Consigliere di Amministrazione di Società o Enti
Service on a Board of Directors for Private Companies or Public Bodies

5 - CLIENTI/COMMITTENTI PARTICOLARI

SPECIAL CLIENTS/PRINCIPALS

Si prega di indicare se tra le ditte alle quali vengono prestati servizi professionali vi sono :

Per la funzione di Sindaco
*Are professional services provided
 For the Function of 'Sindaco'
 to any of the following?*

Per prestazioni diverse da Sindaco
*Are professional services provided
 For Services other than 'Sindaco'
 to any of the following?*

	SI o NO	SI o NO
a) Società quotate nei mercati finanziari ufficiali? <i>Companies quoted in official stock markets?</i>	_____	_____
b) Aziende di credito o bancarie? <i>Banking operations</i>	_____	_____
c) Imprese di assicurazione? <i>Insurance operations</i>	_____	_____
d) Società finanziarie, qualunque ne sia il tipo? <i>Financial operations, whatever their type</i>	_____	_____
e) 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>	_____	_____

*Se vi sono risposte affermative a queste domande, si prega di fornire dettagli su foglio separato, datato e firmato.
 If the answer to any of these questions is affirmative, please supply details on a separate sheet, duly dated and signed.*

7 - DITTA DI EDP

EDP SERVICE FIRM

- 7.1 Lo Studio si avvale dei servizi di una Ditta di EDP? _____ *Does the office avail itself of the services of an EDP Firm ?*
- 7.2 E' confermato che il capitale di tale Ditta, o la quota maggioritaria di esso, appartiene allo Studio o a taluno degli assicurandi ? _____ *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?*
- 7.3 Se la risposta alle precedenti due 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 ? _____ *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?*
- 7.4 In tal caso, trascrivere la denominazione della Ditta :
If so, please state name of the Firm :
- 7.5 il suo domicilio completo:
its full address :
 e indicarne gli introiti alla voce 8.4 . *N.B. : l'assicurazione esclude in ogni caso il "rischio anno 2000" .*
and state its income under 8.4 below. N.B. : insurance shall in any case exclude the "Year 2000" risk.

8 - INTROITI

Inserire l'ammontare complessivo del cumulo degli introiti, onorari e altre spettanze (al netto di qualunque spesa, onere, imposta o contributo), percepiti o percepibili dallo Studio e dall'insieme di tutti i Professionisti da assicurare .

INCOME

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

	Nel decorso esercizio <i>Prior Year</i>	Stima per l'esercizio corrente <i>Current Year</i>
8.1 Anno year	€ _____	_____
8.2 Spettanze per la funzione di Sindaco e/o Revisore in enti pubblici/società private <i>Compensation for 'Sindaco' and/or 'Revisore' in Public Bodies or Private Co.</i>	€ _____	_____
8.3 Spettanze per la funzione di Liquidatore o curatore fallimentare <i>Compensation for 'Liquidatore' and/or 'Curatore Fallimentare'</i>	€ _____	_____
8.4 Onorari e introiti per tutte le altre funzioni e attività professionali <i>Fees and income for all other functions and professional activities</i>	€ _____	_____
8.5 Introiti della Ditta di EDP se è da includere tra gli Assicurati <i>Income of EDP Firm if this is to be included among the Assureds</i>	€ _____	_____
Totali Totals	€ _____	_____

Modulo di PROPOSTA per l'assicurazione R.C. Professionale del Commercialista - pagina 5

PI Commercialisti Proposal Form

Modello 3000-Pro1

(continua a pagina 6)

9 - PRECEDENTI ASSICURATIVI

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

Dettagli dei contratti per assicurare la responsabilità civile professionale, stipulati dal Proponente e/o da taluno degli assicurandi negli ultimi 6 anni :

PREVIOUS / OTHER INSURANCE

(Please read the Useful Information before answering)

Please provide details of any Professional Indemnity insurance taken out by the Proposer and/or any of the listed Professionals in the last 6 years :

Da completare anche in caso di rinnovo di polizza già con noi stipulata per il periodo antecedente

Periodo	Impresa assicuratrice	Limite di indennizzo (massimale)
<i>Period</i>	<i>Insurers</i>	<i>Limit of Indemnity</i>
dal	al	
<i>from</i>	<i>to</i>	

9.1 CONTRATTI CESSATI *CONTRACTS LAPSED*

9.2 CONTRATTI *CONTRACTS*
ANCORA IN VIGORE *STILL IN FORCE*

9.3 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: *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.

10 - SINISTRALITA'

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

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

CLAIMS RECORD

(Please read the Useful Information before answering)

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: *SI o NO*

Se la risposta è SI, si prega di fornire dettagli su foglio 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. (Date, description, amounts, etc.)

11 - RECLAMI POTENZIALI

(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)

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 ?

POTENTIAL CLAIMS

(Please read the Useful Information before answering)

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 professional liability?

Risposta: *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.

12 - 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:

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. Inserire SI o NO nelle rispettive caselle.

If the answer is SI/YES, please list such firms hereunder and state on side of each whether professional services are/were rendered in the capacity of 'Sindaco' or otherwise. State SI/YES or NO in the respective boxes.

Denominazione dell'azienda e brevi dettagli
Name of Firm and brief Details.

Funzione di Sindaco
Function of 'Sindaco'
SI o NO

Prestazioni diverse da Sindaco
Services other than 'Sindaco'
SI o NO

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 ?

13 - LIMITE DI INDENNIZZO (massimale) richiesto:

LIMIT OF INDEMNITY (massimale) required

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.

€

If cover is required for "Visto Pesante" (Question 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.

14 - RETROATTIVITA'

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

Risposta: anni

years

(Da 0 a 6 anni prima della data di effetto)

(From 0 to 6 years before inception date)

Nota bene: Il periodo di retroattività non potrà essere più esteso del periodo totale e continuo delle precedenti coperture assicurative indicate al punto 9,1 e 9,2

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 della Legge sulla "Privacy" N° 675 / 1996, autorizza gli Assicuratori e l'Intermediario del contratto a farne uso unicamente per la stipulazione e la gestione dell'assicurazione.

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.

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 Law' N° 675 / 1996, authorises both Underwriters and Broker to only make use thereof for the completion and management of the insurance contract.

D a t a
D a t e

Firma del Proponente
Proposer's Signature - Please read the Useful

Information before signing *(Si vedano bene le Avvertenze Utili prima di rispondere)*
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.