

MODULO PROPOSTA DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI CONTABILI

Nome del Contraente/Assicurato: _____

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): _____

Codice Fiscale / P.IVA: _____ Anno iscrizione all'Albo e Anno inizio Attività: ____ / ____

Indirizzo E-mail: _____

In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

| NOME E COGNOME | ANNO NASCITA | ANNO INIZIO ATTIVITÀ | ANNO ISCRIZIONE ALBO |
|----------------|--------------|----------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INFORMAZIONI SULLA COPERTURA IN CORSO

Attualmente assicurato per la RC Professionale: NO SÌ Se sì, continuativamente da: _____

Compagnia: _____ Retroattività: _____ Scadenza: _____

Massimale: _____ Franchigia: _____ Premio annuo: _____

RICHIESTE NUOVA POLIZZA

Massimale richiesto: € 250.000 € 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000 € _____

Retroattività richiesta: Come da polizza in scadenza 2 anni 5 anni 10 anni Illimitata _____

Data di decorrenza richiesta: _____

Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

| ATTIVITÀ Si prega di prestare attenzione alle attività elencate e di indicare anche quelle svolte saltuariamente o in passato (5 anni), nel caso dettagliando il tutto su foglio bianco | FATTURATO ANNO SOLARE PRECEDENTE | FATTURATO ANNO IN CORSO (STIMA) |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ ORDINARIA | | |
| Indicare il fatturato totale per l'attività ordinaria e barrare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale | | |
| <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Antiriciclaggio (D.Lgs. 90/2017) <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Attività di delegato alle vendite per tribunale <input type="checkbox"/> Attività di giudice/membro delle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Gestore della crisi da sovraindebitamento <input type="checkbox"/> Certificazione Bilanci / Cert. Bilanci Società con obbligo legge / Cert. Volontaria <input type="checkbox"/> Insolvenze, liquidazioni, curatele <input type="checkbox"/> <10% del fatturato <input type="checkbox"/> fra 10 e 30% <input type="checkbox"/> >30% <input type="checkbox"/> Acquisizioni e/o fusioni <input type="checkbox"/> Altro (Es. Consulenza): _____ | € _____ | € _____ |
| ESTENSIONI ALL'ATTIVITÀ ORDINARIA, OPERANTI SE RICHIAMATE (SENZA NECESSITÀ DI INDICARE IL FATTURATO) | | |
| <input type="checkbox"/> Visto Leggero senza invio 730 <input type="checkbox"/> Visto Leggero con invio 730 <input type="checkbox"/> Visto Pesante <input type="checkbox"/> Conduzione Studio | | |
| ATTIVITÀ EXTRA ORDINARIA | | |
| ESTENSIONI OPERANTI SE RICHIAMATE CON INDICAZIONE DEL FATTURATO | | |
| <input type="checkbox"/> Membro del C.d.A.* | € | € |
| <input type="checkbox"/> Sindaco* | € | € |
| <input type="checkbox"/> Revisore dei Conti* | € | € |
| NUMERO INCARICHI IN CORSO: _____ <input type="checkbox"/> Responsabilità Solidale tra Sindaci | | |
| <input type="checkbox"/> Organismo di Vigilanza 231/2001* | € | € |
| <input type="checkbox"/> Liquidatore* | € | € |
| <input type="checkbox"/> Attestatore* | € | € |
| <input type="checkbox"/> Consulente del lavoro | € | € |
| <input type="checkbox"/> EDP (specificare Ragione Sociale: _____) | € | € |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare: _____) | € | € |

FATTURATO TOTALE € €

*Allegare nominativi e settori merceologici delle società e indicare quali sono le quotata in borsa e il compenso percepito singolarmente.

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si

No

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si

No

Avete ricoperto cariche sociali presso Società o Enti che attualmente si trovano in stato di Liquidazione, Fallimento o simili procedure concorsuali?

Si

No

Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si

No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte, datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori per una migliore analisi del rischio.

TUTELA LEGALE PENALE

Interessato a ricevere una quotazione: SI NO

COPERTURA BASE (fino a 250.000 € di fatturato):

- MASSIMALE: € 20.000,00 per evento – € 80.000 per anno
- Difesa penale per delitti colposi / dolosi / contravvenzioni
- D.Lgs. 81/2008 e integrazioni / D.Lgs. 231/2001 / D.Lgs. 152/2006 / D.Lgs. 196/2003 / D.Lgs. 193/2007
- Chiamata in causa della Compagnia RC
- Premio € 250,00

GARANZIE AGGIUNTIVE - Barrare se di interesse:

- Ricorso contro le sanzioni amministrative derivanti da procedimenti di natura Tributaria e fiscale D.Lgs. 472/97 (+ € 50,00)
- Opposizione verso sanzioni amministrative (+ € 60,00)
- Retroattività Anni (fino a 5 anni)

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente modulo proposta.

La firma del presente modulo proposta non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

IMPORTANTE

ALPHA International Insurance Brokers si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

ALPHA International Insurance Brokers S.r.l. si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addiventano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente questionario verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso entrambe saranno allegati alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. 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 "responsabile" del "trattamento" è ALPHA International Insurance Brokers S.r.l. con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome, Cognome e funzione di chi firma

Timbro e firma
