

## MODULO DI PROPOSTA / QUESTIONARIO (A) COMMERCIALISTA – ESPERTO CONTABILE

Contraente Assicurato / Studio Associato: \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via): \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Citta' : \_\_\_\_\_ Provincia : \_\_\_\_\_ CAP : \_\_\_\_\_

Telefono mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Partita IVA : \_\_\_\_\_

ODCEC di : \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_\_ Anno e Numero di Iscrizione all'Albo: \_\_\_\_\_

☐ **Commercialista**

☐ **Esperto Contabile**

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

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti con propria partita Iva ?

☐ **SI**

☐ **NO**

Nota Bene : Se "SI" occorre aggiungere al fatturato dello Studio Associato quello dei singoli professionisti  
Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

<b>DEFINIZIONE FATTURATO ANNO FISCALE PRECEDENTE : si intende il VOLUME DI AFFARI rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato, o qualora disponibile, dall'ultima Dichiarazione Dati IVA presentata.</b>	<b>FATTURATO ANNO FISCALE PRECEDENTE</b>	<b>FATTURATO ANNO FISCALE CORRENTE</b>	<b>%</b>
<b>ATTIVITA' ORDINARIA (compilare solo la parte di Vostro interesse)</b> Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Consulenza ed Assistenza Contabile, Gestionale, Fiscale, Tributaria, Legale <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei Centri di Assistenza Fiscale (CAF) <input type="checkbox"/> Attività di Perito del Tribunale, CTU, CTP, Delegato alla vendita beni immobili e mobili <input type="checkbox"/> Attività di Difensore Tributario, Membro delle Commissioni Tributarie, Giudice <input type="checkbox"/> Attività di Libera Docenza <input type="checkbox"/> Visto Leggero o Visto di Conformità (Compensazione Crediti Tributari) <input type="checkbox"/> Visto Infedele Modello 730 <input type="checkbox"/> EDP* ( Società' di Elaborazione Dati, Società' di Servizi Contabili) <input type="checkbox"/> Amministrazioni e/o Custodie Giudiziarie <input type="checkbox"/> Insolvenze, Liquidazioni, Curatele, Commissario Giudiziario, Commissario Liquidatore <input type="checkbox"/> Operazioni Straordinarie: Fusioni, Scissioni, Acquisizioni (indicare gli Introiti relativi)	€	€	
<input type="checkbox"/> Visto Pesante (Certificazione Tributaria)	€	€	
<input type="checkbox"/> Sindaco di Società', Membro del Consiglio di Sorveglianza o del Comitato per il Controllo sulla Gestione (allegare nominativi e settori merceologici delle Società' e/o Enti ed indicare quali sono quelle quotate in Borsa) <input type="checkbox"/> Revisore Legale dei Conti (ex Revisore dei Conti – ex Controllo Contabile) (allegare nominativi e settori merceologici delle Società' e/o Enti ed indicare quali sono quelle quotate in Borsa)	€		
di cui fatturato per le Società quotate in Borsa	€	€	
<input type="checkbox"/> Amministratore di Società' e/o Enti (Membro di CdA) (allegare nominativi e settori merceologici delle Società' ed indicare quelle quotate in Borsa)	€	€	

<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza OdV (Decreto Legislativo 231 del 2001)			
<input type="checkbox"/> Attestatore (ex Legge Fallimentare)	€	€	
<input type="checkbox"/> Certificazione Obbligatoria e Volontaria (allegare nominativi e settori merceologici delle Società e/o Enti)	€	€	
<input type="checkbox"/> Amministratore di Condomini	€	€	
<input type="checkbox"/> Mediatore /Conciliatore	€	€	
<input type="checkbox"/> Altre Attività da indicare :	€	€	
<input type="checkbox"/> Responsabilità Civile da Conduzione dello Studio (RCT)			
<b>TOTALE FATTURATO ANNO FISCALE PRECEDENTE E STIMA IN CORSO</b>	€	€	<b>100</b>

\*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).

**Massimale richiesto:**

250.000,00 € ☐ 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ 1.500.000,00 € ☐ altro € \_\_\_\_\_

1) L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Sì ☐

No ☐

In caso di risposta affermativa compilare lo schema qui sotto riportato con i dati dell'ultima copertura:

Nome Assicuratore	Scadenza Assicurazione	Massimali	Franchigie /Scoperti in %	Premio Lordo	Retroattività dal

2) Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per l'Assicurazione Professionale negli ultimi 5 anni?

Sì ☐

No ☐

Se sì, fornire dettagli

---



---

3) 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?

Sì ☐

No ☐

Se sì, fornire dettagli riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE.

---



---

**ATTENZIONE VEDASI BENE DEFINIZIONE DI "CIRCOSTANZA" NEL FASCICOLO INFORMATIVO**

4) 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?

Sì ☐

No ☐

Se sì, fornire dettagli

---



---

5A) L'Assicurato, o alcun membro del proprio Staff, e' attualmente o e' stato in passato Sindaco, Revisore Legale dei Conti, Amministratore di Societa' o di Enti :

che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" ? Si ☐ No ☐

che sono stati dichiarati in stato di insolvenza ? Si ☐ No ☐

che sono stati sottoposti a procedure concorsuali o pre-concorsuali ? Si ☐ No ☐

per le quali e' in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

---

---

5B) Le societa' indicate al punto 5A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (Art. 2482 bis c.c. Riduzione del capitale per perdite) oppure ridotto al di sotto del minimo legale (punto 4 dell'Art. 2463 c.c.- Art. 2482 ter c.c. Riduzione del capitale al di sotto del minimo legale) ?

Si ☐ No ☐

Se si, indicare il vecchio capitale \_\_\_\_\_ sociale ed il nuovo capitale sociale \_\_\_\_\_

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli che ritenete opportuno portare a conoscenza degli Assicuratori ai fini di una migliore valutazione del rischio.

---

---

#### 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.**

#### NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

Il presente Modulo di Proposta non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per gli Assicuratori, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza di assicurazione in oggetto, **il Modulo di Proposta verra' considerato come "base" per la stipula della stessa ed in tal caso sara' allegato alla polizza di assicurazione 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", La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

→

\_\_\_\_\_