

**MODULO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DEGLI ESBORSI CONSEGUENTI A RESPONSABILITÀ CIVILE DEI
RAGIONIERI COMMERCIALISTI, DEI DOTTORI COMMERCIALISTI, DEI CONSULENTI DEL LAVORO e
DEGLI AVVOCATI**

CONTRAENTE (ASSICURANDO)	Nome e Cognome: _____		
	Codice Fiscale: _____		
	Denominazione: (in caso di Studio Associato) _____		
	Codice Fiscale: _____		
DOMICILIO DELLO STUDIO	Cap. _____ Città _____	Pec: _____	
	Via _____	Tel.: _____	Fax: _____
PROFESSIONISTI CHE FORMANO LO STUDIO (da riferire nel seguito del modulo con il loro rispettivo numero)	ATTIVITA' PROF.	NOME E COGNOME	CODICE FISCALE
	N.1 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.2 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.3 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.4 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.5 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
	N.6 <input type="checkbox"/> Commercialista <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Cons. del Lavoro		
DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE (decorrenza non prima della data di firma del presente)	Dalle ore 00.01 del ____ / ____ / ____ alle ore 00.01 del ____ / ____ / ____ Retroattività richiesta: <input type="checkbox"/> illimitata <input type="checkbox"/> 3 anni <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> data: _____		
LIMITE DI INDENNIZZO RICHIESTO (Crocesegnare) Massimale per sinistro e per periodo di assicurazione	<input type="checkbox"/> € 250.000,00 <input type="checkbox"/> € 500.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 3.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 4.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 4.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 <input type="checkbox"/> € _____		
FRANCHIGIA O SCOPERTO PRESCELTI (Crocesegnare)	Franchigia Fissa senza scoperto <input type="checkbox"/> € 1.500,00 ¹ <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 10.000,00 <input type="checkbox"/> € 25.000,00 <input type="checkbox"/> € 50.000,00 <input type="checkbox"/> € 150.000,00		
	Franchigia Relativa senza scoperto: <i>(sotto tale importo non viene pagato alcun costo o indennizzo, oltre il risarcimento avviene senza decurtazione di alcuna franchigia o scoperto)</i>		<input type="checkbox"/> € 2.500,00
	Scoperto del 10% del danno con il minimo di <input type="checkbox"/> € 1.000,00 ¹ <input type="checkbox"/> € 2.500,00 <input type="checkbox"/> € 5.000,00 <input type="checkbox"/> € 12.500,00		
SOCIETÀ EDP Si intende estendere l'assicurazione alla Società di Servizi EDP a fianco precisata?	(SI/ NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare: Denominazione: _____ Sede Legale: _____ Il contraente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione ed ad integrazione della sua attività professionale:		
	<i>In caso contrario fornire dettagli:</i>		

ESTENSIONI SOGGETTE A PREMIO ADDIZIONALE (Art. 1.3.2) (indicare SI – NO ed il numero di riferimento del Professionista o dei Professionisti per cui l'estensione è richiesta) * - Nel caso di richiesta di estensione all'attività di Sindaco di Società quotate si prega fornire elenco di tali società su foglio di carta intestata da allegare al presente modulo.	_____ (SI/NO) Funzioni di Sindaco o Revisore e/o Controllo Contabile in Società non quotate <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Funzioni di Sindaco e/o Controllo Contabile per Società quotate* <i>Estensione richiesta per i Professionisti.</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Funzione di Revisore in Comuni e Province o altri Enti pubblici <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Valutazione di partecipazioni sociali non quotate <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Spese di difesa penale <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____
	_____ (SI/NO) Assistenza fiscale mediante apposizione visto di conformità <i>Estensione richiesta per i Professionisti</i>	N. _____

Le risposte alle domande che seguono devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo:

PRECEDENTI ASSICURATORI	Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell'Assicurando o di taluni dei suoi Associati? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa indicare: da quale anno: _____ Assicuratori: _____ ultimo n. di polizza: _____ scadenza: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> in vigore <input type="checkbox"/> cessata: motivo: <u>disdetta</u> <input type="checkbox"/> da Assicuratori <input type="checkbox"/> da assicurato <input type="checkbox"/> altro: _____ non rinnovata
SINISTRI PRECEDENTI	L'assicurando o taluno degli altri Professionisti che formano lo Studio ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale? (SI/NO) _____ In caso di risposta affermativa fornire dettagli.

Il sottoscritto dichiara per conto proprio e degli altri Professionisti che formano lo Studio:

a) di non essere a conoscenza di alcuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;	In caso contrario fornire dettagli:
b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione;	In caso contrario fornire dettagli:
c) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, amministrazione controllata, amministrazione straordinaria o simili procedure;	In caso contrario fornire dettagli:
d) la firma su questo modulo proposta non vincola il sottoscritto e le persone assicurabili a stipulare il contratto di assicurazione. Tuttavia il sottoscritto dichiara e conviene, in nome proprio e degli altri Professionisti che formano lo Studio agli effetti degli articoli 1891, 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, che le dichiarazioni e informazioni fornite in questo modulo e negli allegati allo stesso sono veritiere e formeranno parte integrante del contratto di assicurazione a tutti gli effetti qualora si decida di stipularlo.	
e) In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, l'Assicurando dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione del presente modulo: <ul style="list-style-type: none"> • copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o del contratto; • la nota informativa di cui all'Art.123 del D.Lgs 17.03.95 n.175 ed alla Circ. Isvap n.303 del 2.6.97 mediante apposito documento, nonché la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti. 	
f) Agli effetti della Legge sulla "Privacy" Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196, si autorizzano gli Assicuratori e l'Intermediario a far uso di queste informazioni unicamente per la stipulazione/gestione dell'Assicurazione proposta in questo modulo.	

_____ , _____
(luogo) (data)

(L'Assicurando)

Premio: € _____
(Soggetto ad accettazione da parte degli assicuratori)

******* NON OMETTERE DI DATARE E FIRMARE *******