ITALIASSICURA BROKER SRL

YOUR INSURANCE PARTNER

MODULO DI RACCOLTA DATI

RC PROFESSIONALE COMMERCIALISTA

1.

- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio ☐
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio) ☐

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente_____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente_____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente_____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA)_____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA)_____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

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

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

3. Massimale richiesto 250.000,00 € ☐ 500.000,00 € ☐ 1.000.000,00 € ☐ 1.500.000,00 € ☐ altro €_____ ☐
4. Rinnovo Automatico Si ☐ No ☐
5. Continuous Cover Si ☐ No ☐
6. Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività ☐ Cinque anni ☐ Dieci anni ☐ Illimitata ☐

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si ☐ No ☐

Se si, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

_____

8. 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 ☐

Se si, fornire dettagli

_____

9. 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 ☐

Se si, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

_____

_____

10. 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 ☐

Se si, fornire dettagli

_____

_____

11.

A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società 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 Si ☐ No ☐
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si ☐ No ☐

Se si, fornire dettagli

_____

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. – art. 2482 ter c.c. ?

Si ☐ No ☐

Se sì indicare il vecchio capitale _____ e ilo nuovo capitale _____

SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2……	(STIMA) ANNO CORRENTE 2…..
ATTIVITA' ORDINARIA Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: ☐ Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF ☐ Attività di perito del tribunale ☐ Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie ☐ Attività di libera docenza ☐ Curatore, Commissario ☐ EDP* ☐ Altro (es. Consulenza ecc)_____ ☐ Certificazione obbligatoria (allegare nominativi e settori merceologici delle società) ☐ Certificazione volontaria	€	€
Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
☐ Liquidatore	€	€
☐ Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730 ☐ Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
☐ Visto Pesante	€	€
☐ Mediazione/Conciliazione	€	€
☐ Sindaco ☐ Revisore legale dei Conti (ALLEGARE NOMINATIVI E SETTORI MERCEOLOGICI DELLE SOCIETÀ)	€	€
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
☐ Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
☐ Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
☐ Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
☐ Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati Numero di Super Condomini amministrati	€	€
☐ Attestatore	€	€
☐ Amministratore di sostegno	€	€
☐ Delegato alle vendite	€	€
☐ Altro: mansioni specifiche _____	€	€
TOTALE	€	€

- E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)? Si ☐ No ☐
- Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Si ☐ No ☐

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

_____

*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).

_____