Arch Insurance (Europe)®

DUAL

DUAL *Professionisti*
Area Economico-Legale

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Proposta di assicurazione R.C. professionale per
Avvocati - Commercialisti - Consulenti del lavoro -
Società Servizi Contabili (EDP) - Tributaristi

Si precisa che i termini riportati in lettere maiuscole nella presente PROPOSTA di assicurazione hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

La seguente proposta di assicurazione è relativa ad una Polizza "claims made". Essa pertanto copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti ad ERRORI commessi in data non antecedente la data di RETROATTIVITÀ indicata nel CERTIFICATO ed avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la POSTUMA (se concessa), nei limiti ed alle condizioni tutte previste nelle condizioni generali allegate.
Le risposte relative alle domande contenute nella presente PROPOSTA sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.
Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI in quanto, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze in merito al rischio oggetto di assicurazione, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'INDENNIZZO.

INFORMAZIONI GENERALI

Il Proponente:

Indirizzo:

CAP: **Città:** **Paese di residenza:**

P.IVA: **Cod. Fiscale:**

Indirizzo di posta elettronica:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Professione:
- ☐ **Avvocato**
- ☐ **Commercialista**
- ☐ **Consulente del lavoro**
- ☐ **Società di servizi (EDP)**
- ☐ **Tributarista**

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA'

1. Indicare i soci, i partner, i collaboratori.

Nominativo	Relazione professionale

2. Indicare i tre principali clienti e i relativi FATTURATI percepiti in Euro

Nominativo	FATTURATO

3. LIMITE DI INDENNIZZO richiesto (in migliaia di Euro)

☐ 250 ☐ 500 ☐ 1.000 ☐ 1.500 ☐ 2.000 ☐ Altro……

4. Il Proponente ha mai stipulato altre polizze che coprono in tutto o in parte i rischi oggetto della presente PROPOSTA ? NO SI

In caso affermativo indicare i seguenti dati:

Compagnia Assicuratrice	Scadenza	Data di Retroattività	Limiti di Indennizzo	Premio lordo

5. Qualche Assicuratore ha mai annullato, rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la RC professionale del Proponente negli ultimi 5 anni? NO SI

In caso affermativo fornire qui di seguito gli opportuni dettagli

6. Sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:
   - del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
   - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
   - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva? NO SI

In caso affermativo compilare la scheda *Perdite/Richieste di Risarcimento* pregresse allegata.

7. Sussistono CIRCOSTANZE che possano dare origine ad una PERDITA o ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti:
   - del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
   - dei COLLABORATORI passati e/o presenti,
   - di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva? NO SI

In caso affermativo compilare la scheda *Circostanze* pregresse allegata.

8. Il proponente e/o i suoi COLLABORATORI per incarichi svolti per conto del proponente, o singoli professionisti assicurandi, sono attualmente e/o sono stati in passato sindaci o revisori o membri ODV di società o enti sottoposti a procedure concorsuali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- fallimento
- concordato preventivo
- liquidazione coatta amministrativa
- liquidazione volontaria
- amministrazione controllata
- amministrazione straordinaria
- stato di insolvenza

NO	SI

In caso affermativo compilare la scheda *Procedure Concorsuali relativi a incarichi sindacali* allegata.

9. Il Proponente ricopre incarichi di Sindaco, e/o Revisore Legale dei Conti, e/o Membro dell'Organismo di Vigilanza presso società / enti il cui ultimo bilancio approvato, prima del PERIODO DI ASSICURAZIONE, presenti o avrebbe dovuto presentare in applicazione di corretti criteri di redazione, una perdita ante imposte superiore al 25% del Patrimonio Netto?

NO	SI

Se SI, ai fini di una valutazione per l'eventuale inclusione di tali incarichi nella copertura, Vi preghiamo di allegare per ciascuna Società i seguenti documenti riferiti all'ultimo bilancio approvato:

- Stato Patrimoniale
- Conto Economico
- Nota Integrativa
- Relazione del Collegio Sindacale (se prevista)
- Relazione sulla gestione

10. **Se il FATTURATO totale indicato nel BOX FATTURATO che segue è comprensivo anche del FATTURATO relativo ad una o più delle attività di seguito indicate, si richiede l'estensione:**

a. Sindaco - Revisore - Membro Organismo di Vigilanza?

NO	SI

Se sì, si prega di indicare il nominativo del o dei professionisti che ricoprono tali incarichi.

……

b. Amministratore di Società?

NO	SI

Se sì, si prega di indicare il nominativo del o dei professionisti che ricoprono tali incarichi.

……

c. Società di servizi contabili (EDP)?

NO	SI

Se sì, si prega di indicare i seguenti dati:

Ragione Sociale	Indirizzo	Partita Iva

d. Studi associati / Società?

NO	SI

(Estensione della copertura all'attività professionale svolta dai singoli professionisti con propria P.Iva)

e. Amministratore condominiale?

NO	SI

f. Visto di Conformità (art. 35 D. Lgs. n. 241 del 09/07/1997 e del D.L. 78/2009 Art. 10 - comma 7)? NO SI

Se sì, si prega di indicare il nominativo del o dei professionisti che richiedono l'estensione:

……

g. Certificazione tributaria (c.d. Visto Pesante ai sensi del D. Lgs. 241/1997 – Art. 36)? NO SI

h. Certificazione volontaria? NO SI

i. Certificazione obbligatoria? NO SI
(Allegare elenco dei clienti per i quali è svolta tale attività)

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara: (i) di aver compreso le caratteristiche della polizza claims made; (ii) che le informazioni contenute nella presente PROPOSTA corrispondono a verità e che (iii) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta PROPOSTA, e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della polizza.

Dichiarazione del Proponente
Il Proponente dichiara che ha ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, PROPOSTA.

Si precisa che la dichiarazione che segue verrà presa in considerazione solo nel caso in cui il potenziale CONTRAENTE sia una Società, un'Associazione Professionale o uno Studio Associato
Dichiaro altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente PROPOSTA per conto della società, della Associazione Professionale o uno Studio Associato e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata. Mi impegno ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente modulo PROPOSTA e riconosco che la sottoscrizione della presente PROPOSTA non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla stipulazione del contratto.

Con la firma sottostante si sottoscrivono tutte le dichiarazioni sopra riportate

Data: ……/……/…….. Firma del Proponente ✍ ……

Mezzi di pagamento
Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.
Qualora espressamente concordato con gli ASSICURATORI ed indicato nel CERTIFICATO, il pagamento del PREMIO potrà essere frazionato in una o più rate.

Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. (come definita nel Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Data: ……/……/…….. Firma del Proponente ✍ ……

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

BOX FATTURATO			
	ATTIVITA' SVOLTE (barrare le caselle interessate)	**FATTURATO ANNO PRECEDENTE** (*)	**FATTURATO ANNO CORRENTE (STIMA)**
I	ATTIVITÀ ORDINARIA relativa alla professione selezionata. *Incluso acquisizioni e/o fusioni.* *In caso di professione Avvocato tale attività comprende anche: civile privato, penale privato, consulenze legali nei settori, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, assicurativo/finanziario, bancari, commerciali inclusa l'attività immobiliare, schemi pensionistici, ambito infortuni ed assistenziali, diritto del lavoro, giudiziario.*	€ ……..……	€ ……..……
II	SOCIETÀ DI SERVIZI EDP	€ ……..……	€ ……..……
III	LIQUIDATORE / CURATORE / COMMISSARIO	€ ……..……	€ ……..……
IV	• SINDACO • REVISORE LEGALE DEI CONTI (ai sensi del D.LGS. 39/2010) • MEMBRO ORGANISMO DI VIGILANZA **(N.B.: Se il FATTURATO derivante da tali incarichi è superiore al 35% del FATTURATO complessivo, allegare elenco delle società con relativi settori merceologici)**	€ ……..……	€ ……..……
V	• AMMINISTRATORE (CdA) **(N.B.: Se il FATTURATO derivante da tale incarico è superiore al 35% del FATTURATO complessivo, allegare elenco delle società con relativi settori merceologici)**	€ ……	€ ……
VI	• VISTO DI CONFORMITA' • VISTO PESANTE	€ …… €……	€ …… €……
VII	• CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA • CERTIFICAZIONE VOLONTARIA	€ ……..…… € ……..	€ ……..…… € ……..
VIII	• ALTRO - (Specificare attività e relativi FATTURATI) …… …… ……	€ …….. € …….. € ……..	€ …….. € …….. € ……..
	RIPORTARE IL TOTALE	€ ……..……	€ ……..……

(*) Per FATTURATO dell'anno precedente il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA, presentati presso i competenti uffici dell'Agenzia delle Entrate. Per le società con esercizio fiscale diverso dall'anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA.Per tutti i soggetti che non siano tenuti alla presentazione della Dichiarazione IVA, sia in forma unificata (quadro IVA nel Modello UNICO) che separata (Dichiarazione IVA), per FATTURATO si intende il totale dei compensi o il totale dei ricavi desumibili dalla dichiarazione dei redditi.
Il FATTURATO si intende al netto di IVA.

Data: …./…./…….. Firma del Proponente ✍ ……

EVENTUALI INFORMAZIONI INTEGRATIVE ALLA PROPOSTA FORNITE DAL PROPONENTE

Data: …./…./…….. Firma del Proponente ✍ ……

PERDITE/RICHIESTE DI RISARCIMENTO PREGRESSE

La presente scheda dovrà essere compilata per ciascuna PERDITA/RICHIESTA DI RISARCIMENTO di cui il Proponente sia a conoscenza.

1) Data dell'evento:

…………………………………………………………………………………………………

2) Nome del Reclamante:

…………………………………………………………………………………………………

3) Ammontare della PERDITA o della RICHIESTA DI RISARCIMENTO (in assenza di un dato specifico si prega di fornire una stima):

…………………………………………………………………………………………………

4) Breve descrizione dei fatti:

…………………………………………………………………………………………………

Data: …./…./…….. Firma del Proponente ✍ …………………………………

Arch Insurance (Europe)® DUAL

CIRCOSTANZE PREGRESSE

La presente scheda dovrà essere compilata per ciascuna CIRCOSTANZA di cui il Proponente sia a conoscenza.

1. Data dell'evento:

………

2. Nome del Reclamante:

………

3. Ammontare del potenziale danno (in assenza di un dato specifico si prega di fornire una stima):

………

4. Breve descrizione dei fatti:

………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………

Data: …./…./…….. Firma del Proponente ✍ ………………………………….

Arch Insurance (Europe)®

DUAL

PROCEDURE CONCORSUALI RELATIVE A INCARICHI SINDACALI

La presente scheda dovrà essere compilata per ciascun incarico presso Società in procedura concorsuale di cui il Proponente sia a conoscenza.

5. Indicare la tipologia di procedura concorsuale:

……

6. Nome della Società:

……

7. Data dell'incarico:

……

8. Data di cessazione dell'incarico:

……

9. Data dell'evento:

……

10. Sono già state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO | NO | SI |

In caso di risposta affermativa indicare l'importo: €

11. Fornire di seguito eventuali informazioni integrative:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data: …./…./…….. Firma del Proponente ✍ ……