

DUAL Professioni

Edizione 03 - 2014

Proposta di assicurazione R.C. professionale riservata gli iscritti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della Provincia di Vicenza

La presente proposta si riferisce a professionisti ed associazioni professionali con fatturato fino a € 300.000. Compilata, datata e firmata, costituisce ordine fermo all'emissione della Polizza. Non si applica individualmente a professionisti parte di associazioni professionali o società.

La seguente proposta di assicurazione è relativa ad una Polizza "claims made". Essa concerne esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti di un Assicurato e da questi comunicate agli Assicuratori nel periodo di Polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte ivi allegate.

La Polizza non opera in relazione a Richieste di Risarcimento che traggano origine da fatti o Circostanze esistenti e note all'Assicurato prima della data di decorrenza della Polizza.

Le risposte relative alle dichiarazioni 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..... CITTA'.....

P.IVA..... Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Professione: Commercialista

INFORMAZIONI E DICHIARAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA'

1. Fatturato Consuntivo, Previsionale se CONTRAENTE Neo Costituito (includere l'eventuale fatturato derivante: dall'attività dei singoli professionisti e/o Società di servizi contabili – EDP, se richieste le rispettive estensioni).

€

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

2. Esiste altra polizza che copre in tutto o in parte i rischi oggetto della presente Proposta?

SI

NO

ATTENZIONE: nel caso di risposta –Non Confermo anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono la presente proposta si intenderà revocata ad ogni effetto.

In tal caso, se richiesto, DUAL Italia S.p.A. si riserva di valutare l'assumibilità del rischio, previa ricezione del questionario "tailor made" debitamente compilato dal proponente

3. Confermo di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della Provincia di Vicenza.....

Confermo

Non Confermo

4. Confermo che **NON** sono mai state avanzate RICHIESTE DI RISARCIMENTO, negli ultimi 5 anni, nei confronti:

- del proponente, e/o dei soci passati e/o presenti,
- dei membri dello staff passato e/o presente,
- di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva.

La presente dichiarazione si riferisce anche agli incarichi svolti in qualità di: curatore fallimentare, commissario giudiziale, commissario liquidatore, liquidatore giudiziale, co-liquidatore e incarichi di altra analoga natura.

 Confermo

 Non Confermo

5. Confermo che **NON** 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 membri dello staff passati e/o presenti,
- di un singolo professionista anche per attività svolta con propria P. Iva.

 Confermo

 Non Confermo

6. Confermo che il proponente e/o membri del suo staff per incarichi svolti per conto del proponente, o singoli professionisti assicurandi, **NON** sono attualmente e **NON** sono stati in passato sindaci o revisori di società o enti sottoposti a procedure concorsuali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- fallimento,
- concordato preventivo,
- liquidazione coatta amministrativa,
- amministrazione controllata,
- amministrazione straordinaria,
- altra procedura concorsuale,

o comunque in stato di insolvenza, crisi, liquidazione

 Confermo

 Non Confermo

7. Confermo che il fatturato derivante dalle attività di sindaco, revisore, membro dell'organismo di vigilanza **NON** supera il 35% del fatturato consuntivo totale indicato al punto 1, sopra riportato.

 Confermo

 Non Confermo

8. Confermo che il proponente **NON** svolge attività di certificazione tributaria (c.d. visto pesante) e/o certificazione volontaria e/o obbligatoria.

 Confermo

 Non Confermo

ESTENSIONI RICHIESTE:

9. Si richiede l'estensione Sindaco–Revisore-Membro Organismo di Vigilanza?

 NO

 SI

10. Si richiede l'estensione società di servizi contabili (EDP)?

 NO

 SI

11. Si richiede l'estensione studi associati?

 NO

 SI

12. Si richiede l'estensione 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

ULTERIORI DICHIARAZIONI E PRIVACY

Il sottoscritto dichiara che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta Proposta, e delle altre informazioni fornite, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della Polizza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta per conto della Associazione Professionale o della Società e che gli Assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.

“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 alla Legge 792/84. 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 "titolare" del "trattamento" è DUAL Italia S.p.A. 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.

AVVERTENZE

- **Effetti delle dichiarazioni inesatte e reticenti**

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA

- **Periodicità e mezzi di pagamento di pagamento del Premio**

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 dal Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

- **Dichiarazione di avvenuta ricezione del fascicolo informativo**

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.

Data/...../..... Firma del proponente

LIMITI DI INDENNIZZO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

In base al fatturato dichiarato al precedente punto 1. barrare la casella del Limite di Indennizzo corrispondente

COMMERCIALISTI (FINO A 35 ANNI DI ETÀ')

CLASSI DI FATTURATO	SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro)		
	250	500	1.000
FINO A € 50.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMERCIALISTI (OLTRE 35 ANNI DI ETÀ')

CLASSI DI FATTURATO	SCELTA DEL LIMITE DI INDENNIZZO (in migliaia di Euro)					
	250	500	1.000	1.500	2.000	2.500
FINO A € 50.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DA € 50.001 A € 100.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DA € 100.001 A € 150.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 150.001 A € 200.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 200.001 A € 250.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DA € 250.001 A € 300.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Premio annuo lordo Euro

Firma dell'intermediario



Firma del proponente per accettazione Data/...../.....