



**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE: COMMERCIALISTI / REVISORI /
CONSULENTI TRIBUTARI / CONSULENTI DEL LAVORO / SOCIETÀ EDP**

Insurance for professional indemnity of chartered accountants, business consultants, auditors,
tax consultants work consultants and EDP firms

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Proposal form for the insurance

(Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande / In order to obtain quotation please answer to all questions)

Le risposte a queste domande devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo.
Answers to the questions of this questionnaire must be given after proper enquiry among the Associated Partners and the Assistants of the Proposer signing the questionnaire.

Il Proponente: The Proposer:																			
Codice Fiscale/Partita Iva: Fiscal Code/Vat number:																			
Denominazione in caso di Studio Associato: Name in the event of Associated Partnership:																			
Indirizzo di posta elettronica e recapito telefonico: E-mail address and phone number:																			
Domicilio: Address:																			
Professionisti che formano lo Studio: Accountants forming the Partnership:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NOMINATIVO:</th> <th>ISCRITTO ALL'ALBO?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td></td> <td><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</td> </tr> </tbody> </table>		NOMINATIVO:	ISCRITTO ALL'ALBO?	1. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	2. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	3. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	4. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	5. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	NOMINATIVO:	ISCRITTO ALL'ALBO?																	
1. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No																	
2. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No																	
3. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No																	
4. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No																	
5. _____		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No																	
Limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo (Euro): Limit of indemnity each loss and each insurance period:	<input type="radio"/> 250.000 <input type="radio"/> 500.000 <input type="radio"/> 1.000.000 <input type="radio"/> 1.500.000 <input type="radio"/> 2.000.000 <input type="radio"/> 2.500.000 <input type="radio"/> 3.000.000 <input type="radio"/> 5.000.000																		
Società EDP: EDP Firm:	<p>Si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP qui indicata? Is the insurance required to include the EDP company here indicated?</p> <p>- Fatturato ultima annualità / Last year income: _____</p> <p>- Denominazione / Name: _____</p> <p>- Sede legale / Legal Address: _____</p> <p>* Il Proponente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata. In caso contrario fornire dettagli: * The Proposer declares that the above mentioned EDP firm operates exclusively in connection with the insured professional activity. If otherwise please give details:</p>																		



<p>Garanzie richieste (contrassegnare): Covers required (please indicate):</p>	<p><input type="radio"/> Consigliere d'Amministrazione / Sindaco / Revisore / Membro dell'Organismo di Vigilanza Board Member/Auditor/OdV Member</p> <p><input type="radio"/> Visto Leggero (Compresi Visti di Conformità ex L. 102/2009) Fiscal Assistance</p> <p><input type="radio"/> Visto Pesante Certification of Conformity</p> <p><input type="radio"/> Insolvenze, Liquidazioni e Curatele Insolvencies, Liquidations and Receiverships</p> <p><input type="radio"/> Mediazione Civile e Commerciale Conciliation Activity</p>
<p>Fatturato totale annuo lordo per ciascuno dei passati 5 anni (esclusa attività EDP): Total Gross Fees for each of the past 5 years (excluding EDP activity):</p>	<p>2016: € _____</p> <p>2015: € _____</p> <p>2014: € _____</p> <p>2013: € _____</p> <p>2012: € _____</p>
<p>Divisione del fatturato lordo (come percentuale del totale) per l'ultimo anno finanziario: Division of gross fees (as a percentage of the total) for last financial year:</p>	<p>_____% Contabilità, Consulenza fiscale, Consulenza del lavoro Accountancy, Tax Consultancy, Work Consultancy</p> <p>_____% Insolvenze, Liquidazioni e Curatele Insolvencies, Liquidations and receiverships</p> <p>_____% Consigliere d'Amministrazione/Membro dell'OdV di Società Board Member/OdV Member</p> <p>_____% Sindaco/Revisore di Società/Enti Internal Auditor</p> <p>_____% Consulenza per Fusioni/Acquisizioni Merger & Acquisitions Consulting</p> <p>_____% Mediazione Civile e Commerciale Conciliation Activity</p>
<p>Fatturato previsto per l'anno in corso (2016) esclusa attività EDP: Estimated fees for present year (2016) excluding EDP Firm:</p>	<p>Euro</p>
<p>Fatturato della Società EDP previsto per l'anno in corso (2016): Estimated fees of EDP Firm for present year (2016):</p>	<p>Euro</p>
<p>Sinistri precedenti: Previous losses:</p>	<p>L' Assicurando o taluno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale nei passati 5 anni? In caso di risposta affermativa fornire dettagli e date su foglio separato Has the Proposer or any of his associated partners had any claim in the past five years? If yes please give details and dates on separate sheet</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>Altre assicurazioni: Other insurances:</p>	<p>Esiste altra polizza per l'assicurazione della responsabilità civile professionale dell' Assicurando o di taluno dei suoi Associati? Is there another insurance to cover the P.I. of the Proposer or any of the Partners?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>Precedenti assicurazioni: Previous insurances:</p>	<p>L'Assicurando ha avuto o ha in corso altre polizze di questo tipo? Has the Proposer ever had insurance cover of this kind?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>
<p>Assicurazioni rifiutate: Refused insurances:</p>	<p>E' mai stata rifiutata l'assicurazione per lo stesso rischio? In caso affermativo fornire dettagli. Has an insurance for the same risk ever been refused? If yes please give details</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No</p>

