

# Responsabilità civile Professioni Economico Giuridiche

## Questionario Avviso Importante

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio. È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Agente/Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa.

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

1.A Tipologia attività svolta

---

1.B Nome

---

1.C Cognome

---

1.D Denominazione in caso di Studio

---

1.E Indirizzo

---

1.F Città

---

1.G Provincia

---

1.H CAP

---

1.I Telefono Cellulare

---

1.J Indirizzo email

---

1.K PARTITA IVA / CODICE FISCALE

---

Professionisti - ISCRITTI ALL'ALBO - che formano lo studio e/o collaboratori da includere in garanzia (il cui fatturato è dichiarato ai fini del calcolo del premio).

1)

---

2)

---

3)

---

4)

---

5)

---

6)

---

7)

---

8)

---

9)

---

10)

---

### 2. INTROITI

Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno degli ultimi tre anni:

2.A 2013

€ 

---

2.B 2012

€ 

---

2.C 2011

€ 

---

NB Professionista neo abilitato o Studio/Società di Professionisti neo costituita?

---

2.D Indicare il fatturato previsto per i primi 12 mesi di attività

€ 

---

### 3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

3.A Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale?

---

In caso di risposta affermativa, si prega di indicare:

---

3.B Assicuratori

---

3.C Massimale

€ 

---

3.D Franchigia

€ 

---

3.E Data scadenza ultima copertura

---

3.F Numero di anni di copertura continua

---

(NB. Se non attualmente assicurati, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati)

#### 4. ESTENSIONI DI COPERTURA

4.A Periodo di Retroattività: indicare il numero di anni di retroattività richiesti \_\_\_\_\_

4.B Franchigia € \_\_\_\_\_

4.C Visto Leggero \_\_\_\_\_

4.D Visto Pesante \_\_\_\_\_

4.E Attività di liquidazione, Curatele Fallimentari \_\_\_\_\_

4.F Conduzione Studio con Sottolimito pari ad Euro 500.000 (in caso di Massimale di polizza pari ad Euro 250.000 il presente sottolimito è ridotto ad Euro 250.000) - indirizzo indicato ai punti 1.E, 1.F, 1.G, 1.H \_\_\_\_\_

4.G Attività di Mediazione \_\_\_\_\_

4.H Responsabilità Solidale \_\_\_\_\_

4.I Fusioni, Acquisizioni ed Incorporazioni \_\_\_\_\_

4.J Gestione Condomini \_\_\_\_\_

4.K Il Proponente richiede l'inclusione in copertura dell'**attività sindacale e/o di revisione interna e/o esterna e/o di membro dell'Organismo di Vigilanza** svolta? \_\_\_\_\_

4.L Indicare il numero di Incarichi \_\_\_\_\_

4.M Indicare la percentuale di fatturato riconducibile all'attività sindacale e/o di revisione interna e/o esterna e/o di membro dell'Organismo di \_\_\_\_\_

4.N Indicare la ragione sociale delle società per le quali viene e/o è stata svolta l'attività suddetta

	CESSATE	IN CORSO
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

4.O Il Proponente accetta il sottolimito, limitatamente all'estensione legata all'attività sindacale, pari al 50% del massimale di polizza? \_\_\_\_\_

4.P Il Proponente richiede l'inclusione in copertura dell'attività svolta quale **Consigliere di Amministrazione**? \_\_\_\_\_

4.Q Indicare il numero di Incarichi \_\_\_\_\_

4.R Indicare la percentuale di fatturato riconducibile all'attività di consigliere di amministrazione \_\_\_\_\_

4.S Riportare i dati richiesti per le società per le quali viene e/o è stata svolta l'attività suddetta

	DENOMINAZIONE	N.IMPIEGATI	FATTURATO ULTIMO ESERCIZIO	SETTORE
1)			€	
2)			€	
3)			€	
4)			€	
5)			€	
6)			€	
7)			€	

