

**DUAL RC professionale****Proposta di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale di  
Commercialisti, Tributaristi, Avvocati  
Consulenti del Lavoro, Società di Servizi (EDP)**

La seguente Proposta di assicurazione è in relazione ad un polizza "claims made". Essa copre esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato e notificate agli Assicuratori nel Periodo di Assicurazione, nei limiti e subordinatamente alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

Vi preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo esauriente (se lo spazio dovesse essere insufficiente, vogliate utilizzare la pagina 6 della Proposta).

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. Per tale ragione, a tali domande si dovrà rispondere 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 relative a Circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

E' importante che l'Assicurato, autorizzato a sottoscrivere la presente Proposta, sia pienamente consapevole della finalità della presente assicurazione, di modo che risponda correttamente alle domande.

**INFORMAZIONI GENERALI**

Il Proponente .....

Indirizzo..... CAP..... CITTA'.....

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

Professione esercitata  Avvocato  Commercialista  Tributarista  
 Consulente del lavoro  Società di servizi (EDP)

**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

Nominativo	Fatturato percepito in Euro

3. Nel caso in cui il Proponente sia uno Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività professionale esercitata dai singoli professionisti con propria P. IVA? .....  NO  SI  
(N. B.: l'estensione sarà operativa solo se il relativo fatturato sarà incluso in quello dichiarato alle pagine 4 o 5 della presente Proposta)

4. Limite di Indennizzo richiesto (in migliaia di Euro)

250     500     1.000     1.500     2.000     altro

5. Il Proponente ha mai stipulato altre polizze che coprono in tutto od in parte i rischi oggetto della presente polizza .....  NO  SI

In caso affermativo indicare i seguenti dati:

Assicuratore	Scadenza	Data di Retroattività	Limiti di Indennizzo	Premio lordo

6. 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 gli opportuni dettagli .....  
.....  
.....  
.....

7. Negli ultimi 5 anni, si sono mai verificate Perdite o sono mai state avanzate Richieste di Risarcimento nei confronti:

- del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti
- dei membri dello staff passato e/o presente
- di un singolo professionista per attività svolta con propria Partita Iva .....  NO  SI

In caso affermativo fornire opportune informazioni inclusi: data dell'evento, nome del reclamante, ammontare della Perdita o della Richiesta di Risarcimento. Allegare anche la documentazione disponibile.  
.....  
.....  
.....

8. Si è a conoscenza di qualche Circo stanza che possa dare origine a una Perdita o a una Richiesta di Risarcimento nei confronti:
- del Proponente, e/o dei soci passati e/o presenti
  - dei membri dello staff passato e/o presente
  - di un singolo professionista per attività svolta con propria Partita Iva .....

 NO SI

In caso affermativo fornire gli opportuni dettagli: .....

.....  
.....  
.....

9. Il Proponente o qualche membro del suo staff per incarichi svolti per conto del Proponente, o un singolo professionista è, attualmente, o è stato in passato, Sindaco o Revisore dei conti o Consigliere di amministrazione, di Società o Enti che abbiano avuto o hanno in corso un procedimento relativo a una delle situazioni di cui ai seguenti punti:
- amministrazione controllata
  - stato di insolvenza
  - procedure concorsuali .....

 NO SI

In caso affermativo fornire gli opportuni dettagli: .....

.....  
.....  
.....

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta e ogni altra informazione fornita costituiscono gli elementi base del contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Si dichiara disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione della presente Proposta. La firma della presente Proposta non impegna il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione.

Data ..... Firma del Proponente ✎ .....

“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 della presente Proposta è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Firma del Proponente ✎ .....

**RICHIESTA DI INFORMAZIONI INTEGRATIVE PER  
 Commercialisti – Tributaristi -  
 Consulenti del lavoro – Società di servizi (EDP)**

B O X	ATTIVITA' SVOLTE (barrare le caselle interessate)	FATTURATO ANNO PRECEDENTE	FATTURATO ANNO CORRENTE (STIMA)
I	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ ORDINARIA - incluso acquisizioni e/o fusioni – estensione società di servizi (EDP) * (solo per l'attività svolta per i clienti del Proponente)	€ .....	€ .....
II	<input type="checkbox"/> CONSULENTE DEL LAVORO <input type="checkbox"/> TRIBUTARISTA <input type="checkbox"/> SOCIETÀ DI SERVIZI CONTABILI * (EDP) svolta sia per conto dei clienti del proponente sia per conto di altri clienti	€ .....	€ .....
III	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE VOLONTARIA <input type="checkbox"/> LIQUIDATORE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> COMMISSARIO	€ .....	€ .....
IV	<input type="checkbox"/> SINDACO <input type="checkbox"/> REVISORE DEI CONTI <input type="checkbox"/> FUNZIONI DI CONTROLLO CONTABILE	€ .....	€ .....
V	<input type="checkbox"/> ASSISTENZA FISCALE RILASCIO MOD. 730 (ai sensi del D.M. n. 164 del 31.05.1999) E VISTO DI CONFORMITÀ (ai sensi del D.LGS. n. 241 del 09.07.1997 e del D.L. 78/2009 – Art. 10 Comma 7)  <input type="checkbox"/> VISTO PESANTE (CERTIFICAZIONE TRIBUTARIA) (ai sensi del D.LGS. n. 241 del 09.07.1997 Art. 36 – Comma 1)	€.....  €.....	€.....  €.....
VI	<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE	€ .....	€ .....
VII	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA (ai sensi del D..LGS N. 58 del 24.02.1998) (Allegare elenco dei clienti per i quali è svolta tale attività)	€ .....	€ .....
VIII	<input type="checkbox"/> ALTRO – Specificare attività e relativi fatturati <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ .....</li> <li>▪ .....</li> </ul>	€ .....	€ .....
	<b>TOTALE</b>	€ .....	€ .....

\* SOCIETA' DI SERVIZI (EDP): Se richiesta la copertura indicare Ragione Sociale, indirizzo e Partita Iva:

.....

Data .....

Firma del Proponente ✎ .....

**RICHIESTA DI INFORMAZIONI INTEGRATIVE PER  
 Avvocati**

Compilare la tabella sottostante barrando opportunamente le attività svolte. Indicare i fatturati per ogni singola attività sia a livello di consuntivo dell'anno precedente sia a livello di stima previsionale.

<b>B O X</b>	<b>ATTIVITA' SVOLTE (barrare le caselle interessate)</b>	<b>FATTURATO ANNO PRECEDENTE</b>	<b>FATTURATO ANNO CORRENTE (STIMA)</b>
<b>I</b>	<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ ORDINARIA (civile privato, penale privato, consulenze connesse ad attività di fusioni od incorporazioni di società quotande, consulenze per banche d'affari od istituzioni finanziarie, consulenze di natura commerciale inclusa l'attività immobiliare, consulenze connesse a servizi finanziari/assicurazioni, schemi pensionistici, infortuni ed assistenziali, consulenze riguardanti il diritto del lavoro, attività giudiziarie)	€ .....	€ .....
<b>II</b>	<input type="checkbox"/> SINDACO <input type="checkbox"/> REVISORE DEI CONTI <input type="checkbox"/> FUNZIONI DI CONTROLLO CONTABILE	€ .....	€ .....
<b>III</b>	<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE	€ .....	€ .....
<b>IV</b>	<input type="checkbox"/> ALTRO - (Specificare attività e relativi fatturati ▪ ..... ▪ .....	€ ..... € .....	€ ..... € .....
	<b>TOTALE</b>	€ .....	€ .....

Data .....

Firma del Proponente ✍ .....

