

MODULO PROPOSTA DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI CONTABILI

Nome del Contraente/Assicurato: _____

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Anno di Iscrizione all'Albo e Anno Inizio Attività: _____

Indirizzo E-mail: _____

 Attualmente assicurato per la RC Professionale NO
 SI – Continuativamente dal _____

In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	ANNO DI NASCITA	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

ATTIVITA' (compilare solo la parte di Vostro interesse)	ANNO PRECEDENTE 2013	ANNO CORRENTE 2014 (STIMA)
ATTIVITA' ORDINARIA* Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Attività di giudice, membro delle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Visto di conformità <input type="checkbox"/> Liquidatore, Curatore, Commissario <input type="checkbox"/> EDP* <input type="checkbox"/> Altro (es. Consulenza ecc) _____	€	€
Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Certificazione volontaria	€	€
<input type="checkbox"/> Visto Pesante	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore dei Conti (allegare nominativi e settori merceologici delle società e indicare quali sono le quotate in Borsa e il compenso percepito)	€	€
Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Certificazione obbligatoria (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche _____	€	€
TOTALE	€	€

*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).

Massimale richiesto:

250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?

Si No

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni?

Si No

Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato?

Si No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte, datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori ai fini di una migliore analisi del rischio.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.

Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente modulo proposta.

La firma del presente modulo proposta non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

IMPORTANTE

ALPHA International Insurance Brokers si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

ALPHA International Insurance Brokers S.r.l. si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente questionario verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso entrambe saranno allegati alla polizza divenendo parte integrante di essa.

"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 al D.LGS. 209/2005. 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 "responsabile" del "trattamento" è ALPHA International Insurance Brokers S.r.l. 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.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
