

Polizza R.C. Professionale **SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI** DOTTORE COMMERCIALISTA ed ESPERTO CONTABILE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. LA FIRMA DEL PRESENTE MODULO NON IMPEGNA LE PARTI ALLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. L'Assicurando **dichiara** pertanto che i dati forniti rispondono a verità e **dichiara altresì di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze** che influiscono sulla valutazione del rischio e **conferma che alla data di compilazione del presente modulo NON ha notizia e NON è a conoscenza** di circostanze o situazioni che potrebbero determinare nei suoi confronti, ovvero nei confronti dei collaboratori dei quali si avvale, richieste di risarcimento conseguenti allo svolgimento dell'attività professionale. **LA MANCATA COMPILAZIONE DI OGNI PARTE DEL PRESENTE MODULO, PRECLUDE L'INVIO DEL PREVENTIVO.**

MODULO RICHIESTA PREVENTIVO

DA COMPILARE e INVIARE per e-mail o per FAX 02-48.01.22.95

1 SOCIETÀ tra PROFESSIONISTI

Denominazione _____
 Anno di costituzione _____ N. Soci * _____ P. IVA _____
 Indirizzo _____ CAP _____ Città _____
 Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

* **N.B.** Allegare Elenco Soci, con indicazione dell'eventuale fatturato individuale

2 GARANZIE AGGIUNTIVE

Visto di Conformità D.M. 164/99 - L 102/2009
 Certificazione Tributaria (Visto Pesante) Funzioni di **Amministratore - Sindaco - Revisore - O.D.V.** compilare allegato
 A.D.R. Amministrazione stabili
 Società di elaborazione dati: fatturato annuo di euro _____ P. IVA _____
 Denominazione _____ Sede _____

3 FATTURATO ANNUO COMPLESSIVO Al netto di IVA e C.P. esclusi incarichi di Amministratore - Sindaco - Revisore - O.D.V.

€ _____ *Esercizio precedente:* € _____ *Previsione esercizio in corso:*
 di cui: di cui:
 € _____ per Fusioni e Acquisizioni Societarie € _____ per Fusioni e Acquisizioni Societarie

4 MASSIMALI

1.000.000,00 1.500.000,00 2.000.000,00 2.500.000,00 _____

Dichiarazioni dell'Assicurando

5 POLIZZE in CORSO o ANNULLATE

Polizze in **corso** per il medesimo rischio? NO SI Compagnia _____
 Massimale _____ Scadenza _____
 Sono state **annulate/disdettate** polizze R.C. Professionale? NO SI Quando? _____
 Da quale Compagnia? _____ Per quali motivi? _____
 Ha **richiesto** altre quotazioni negli ultimi **90** giorni? NO SI Compagnia _____

6 SINISTRI

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale? NO SI **Allegare informazioni** _____

Ricezione preventivo tramite: e-mail fax posta

Numero Verde

800-237220

assita@assita.it
 assita.com

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali (D.Lgs 193/2003) si precisa che Assita tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati.

■ Estensione alle Funzioni di: **Amministratore - Sindaco - Revisore - O.D.V.**

L'Assicurando conferma di **essere in possesso dei requisiti per lo svolgimento dei seguenti incarichi:**

		Emolumenti
A) n.	incarichi di Amministratore	€
B) n.	incarichi di Sindaco	€
C) n.	incarichi di Revisore Contabile	€
D) n.	incarichi di O.D.V.	€

Totale Euro _____

■ ELENCO SOCIETÀ **N.B.** Non sono assicurabili incarichi di Società quotate in borsa

TIPO DI INCARICO (A-B-C-D)	NOME SOCIETÀ e RAGIONE SOCIALE	PARTE DI GRUPPO		SETTORE DI ATTIVITÀ
		NO	SI	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A B C D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'Assicurando comunica inoltre:

- **ha ricoperto in passato** l'incarico di Amministratore, Sindaco, Revisore Contabile e Revisore Enti Locali, O.D.V. in Società o altri Enti che siano stati sottoposti, anche successivamente alla cessazione della carica, ad una o più delle procedure previste dalla "Disciplina del fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata, dell'amministrazione straordinaria e della liquidazione coatta amministrativa" o da "Provvedimenti urgenti per l'amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi"?

NO SI ha ricevuto richieste danni? NO SI specificare _____

- **alla data di compilazione del presente modulo ha percezione, notizia o è a conoscenza di qualsiasi elemento**, che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno imputabile a Lei o ai collaboratori di cui si avvale, per fatto già verificatosi conseguente allo svolgimento delle funzioni di cui agli incarichi oggetto della presente scheda?

NO SI specificare _____

Firma dell'Assicurando _____ 