

Convenzione **Esclusiva**



R.C. Professionale
BUSINESS
CONSULTING DIVISION



MODULO RICHIESTA PREVENTIVO

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 sottaciuto 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.

COMPILARE e INVIARE ad assunzione@assita.com o FAX 02-48.18.897

1 SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI COMPILARE IN STAMPATELLO DOTTORE COMMERCIALISTA ed ESPERTO CONTABILE

Denominazione _____
Anno di costituzione _____ N. Soci* _____ P.IVA _____
Ubicazione Studio _____
Cap _____ Città _____ Provincia _____
Tel. _____ Cell. _____ Fax _____
e-mail** _____ PEC _____
***N.B. Allegare Elenco Soci**, con indicazione dell'eventuale fatturato individuale

2 GARANZIE AGGIUNTIVE

Visto di Conformità D.M. 164/99 - L 102/2009 fatturato € _____ con estensione **Mod. 730**: SI NO
Codice Fiscale di chi appone il Visto _____
 Certificazione Tributaria (Visto Pesante) Funzioni di **Amministratore - Sindaco - Revisore - O.D.V.**
 Amministrazione stabili
 Società EDP (allegare CCIAA) fatturato annuo di € _____
Denominazione _____ P. IVA _____

3 FATTURATO ANNUO COMPLESSIVO [Al netto di IVA e C.P.]

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

4 Scelta 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 - CIRCOSTANZE / EVENTI Negli ultimi 5 anni:

sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale?
 oppure è a conoscenza di **Circostanze o Eventi** che possano dare origine a una richiesta di risarcimento?
 NO SI [scarica e compila] **La Compagnia si riserva l'assunzione del Rischio**

LA MANCATA COMPILAZIONE DI OGNI PARTE DEL PRESENTE MODULO, PRECLUDE L'INVIO DEL PREVENTIVO

**** Autorizzo** l'invio di tutta la documentazione tramite posta elettronica agli indirizzi sopra indicati

Data _____ Firma dell'Assicurando _____