

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Nola

Da: Fabrizio Morana <morana@assglobalbroker.com>
Inviato: giovedì 21 gennaio 2016 11:21
A: odcecnola@tin.it; studio.prisco@tin.it
Oggetto: Presidente ODCEC di Nola - Assicurazione rc professionale del Dottore Commercialista e dell'Esperto Contabile - Edizione 2016
Allegati: questionario commercialisti 2016.pdf

2



Buongiorno Presidente Prisco,

Le trasmetto le nuove condizioni del 2016 relative all' Assicurazione rc professionale e riservate da Global Broker ai Dottori Commercialisti e agli Esperti Contabili iscritti presso l'Ordine di Nola.

Esempi di costi riferiti ad un massimale di euro 250.000 per la copertura base:

- *Fatturato fino a euro 50.000: premio annuo lordo euro 291*
- *Fatturato fino a euro 80.000: premio annuo lordo euro 452*
- *Fatturato fino a euro 120.000: premio annuo lordo euro 678*
- *Fatturato superiore a euro 120.000: quotazione da richiedere direttamente ai Sottoscrittori tramite Global Broker.*

È possibile completare l'intero acquisto in via telematica.

Intermediario: Global Broker di Irlandese Aniello www.assglobalbroker.com

Lloyd's Correspondent: Assigeco S.r.l. www.assigeco.it

Emittente: Lloyd's of London www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/I-Italia-in-Italiano

Gli interessati a ricevere senza alcun impegno un preventivo personalizzato, possono restituire compilato il questionario allegato.

Resto in attesa di un Suo cortese riscontro e colgo l'occasione per inviarLe i miei più cordiali saluti.

dr. Fabrizio Morana

Responsabile del progetto

dr. Fabrizio Morana

tel.: 3355746371

e-mail: morana@assglobalbroker.com

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE COMMERCIALISTI/REVISORI/CONSULENTI DEL LAVORO/SOCIETÀ EDP

QUESTIONARIO

INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

1. Nome o Ragione Sociale del contraente: _____
2. Indirizzo, CAP, Città: _____
3. Codice Fiscale: _____
4. Partita IVA: _____
5. Attività professionale: _____
6. Data di avvio dell'attività: _____

7. Si indichino i professionisti da assicurare, in caso di studio associato:

Nome	Professione	Anno di Iscrizione all'albo

8. Si indichino i consulenti, collaboratori, professionisti da includere in garanzia per l'attività professionale da loro svolta autonomamente rispetto al contraente:

Nome	Professione	Rapporto con il contraente

9. Si indichino gli introiti lordi (al netto dell'IVA) contabilizzati complessivamente dagli assicurandi di cui ai punti 1. 7. e 8. nei precedenti anni fiscali, ed una previsione per l'anno in corso:

Anno	Introiti (in €)
2016 (stima)	
2015	
2014	
2013	

10. Si indichi la suddivisione degli introiti complessivi dell'ultimo anno fiscale tra le attività di seguito riportate:

Attività	Introiti (in %)
Contabilità, Consulenza fiscale, Consulenza del lavoro	
Consulenza per Fusioni/Acquisizioni	
Consigliere d'Amministrazione/Membro dell'OdV di Società	
Sindaco/Revisore di Società/Enti	
Insolvenze, Liquidazioni, Curatele	
Mediazione Civile e Commerciale	

11. Si vuole estendere l'assicurazione ad un'eventuale società EDP? Se sì, si indichino i dati della società:

Sì No

Ragione Sociale: _____
 Indirizzo, CAP, Città: _____
 Codice Fiscale e/o Partita IVA: _____
 Introiti nell'ultimo anno fiscale: _____
 Introiti previsti per l'anno in corso: _____

INFORMAZIONI SU SINISTRI E ASSICURAZIONI PRECEDENTI

12. Il contraente ha in scadenza una copertura per gli stessi rischi? Se sì, si indichino le condizioni dell'ultima polizza:

Sì No

Compagnia: _____

Data di scadenza: _____

Massimale: _____

Franchigia: _____

Retroattività: _____

Premio: _____

13. E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? Se sì, si forniscano dettagli:

Sì No

14. E' stata presentata, negli ultimi 5 anni, a un assicurando o a qualsiasi dei suoi collaboratori presenti o passati alcuna richiesta di risarcimento per negligenze, errori od omissioni? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì No

Data della richiesta di risarcimento: _____

Data del presunto danno: _____

Descrizione dell'evento: _____

Importo della richiesta di risarcimento: _____

Stato attuale della vertenza: _____

Importi liquidati o riservati dai precedenti assicuratori: _____

15. Gli assicurandi sono a conoscenza di circostanze, dichiarazioni o accadimenti che possano dar luogo a richieste di risarcimento? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì No

Data della circostanza: _____

Descrizione della circostanza: _____

16. Gli assicurandi hanno ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione o simili procedure concorsuali? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Sì No

Società e tipologia di procedura concorsuale: _____

Data di avvio della procedura concorsuale: _____

Incarico ricoperto nella società/ente e periodo: _____

INFORMAZIONI SULLA COPERTURA RICHIESTA

17. Si indichi, tra le seguenti, l'opzione di massimale richiesta:

€ 250.000

€ 500.000

€ 1.000.000

€ 1.500.000

€ 2.000.000

€ 2.500.000

€ 3.000.000

€ 5.000.000

18. Si indichi, tra i seguenti, il periodo di retroattività richiesto:

Pari alla polizza in corso

Nessuno

1 anno

2 anni

3 anni

4 anni

5 anni

Illimitata

19. Quali estensioni di copertura si richiedono?

Attività di Consigliere d'Amministrazione, Sindaco, Revisore, Membro dell'OdV di Società/Enti

Insolvenze/Liquidazioni/Curatele

Assistenza Fiscale e Visti di Conformità (Visto Leggero)

Certificazione Tributaria (Visto Pesante)

Mediazione civile e commerciale

DICHIARAZIONI

Il Sottoscritto dichiara:

- di essere autorizzato a completare il questionario per conto di tutte le parti coperte dall'assicurazione a cui lo stesso si riferisce;
- che tutto quanto riportato nel questionario corrisponde a verità e che non sono state esposte in maniera inesatta o nascoste evidenze materiali;
- che il Massimale di Euro 3.000.000,00 per le estensioni "Visto Leggero" e "Visto Pesante" è adeguato al numero di contribuenti assistiti ed al numero dei visti di conformità, delle asseverazioni e delle certificazioni tributarie rilasciati;
- di impegnarsi ad informare i sottoscrittori circa ogni alterazione ai fatti intervenuta prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione;
- di prendere atto che l'invio del questionario al Coverholder dei Lloyd's non determina l'attivazione delle garanzie nei confronti degli assicurati;
- il proprio consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale, contrattuale, in corso di rapporto e per future comunicazioni.

Data

Firma

Il Sottoscritto, ai sensi degli Artt. 1322, 1341 e 1469bis e ss. C.C., dichiara di essere consapevole e di accettare che il presente questionario è relativo ad una polizza di responsabilità civile nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato durante il periodo di assicurazione e gli eventi dei quali l'assicurato venga a conoscenza durante il periodo di assicurazione, a condizione che gli assicuratori siano tempestivamente informati delle circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, salvo il caso in cui sia stato concordato un periodo di garanzia postuma, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta di risarcimento si sia verificato durante il periodo di assicurazione.

Data

Firma