

PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE - PROPOSAL FORM

QUESTIONARIO PER ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI CONSULENTI DEL LAVORO

1) **Nome e Cognome dell'Assicurando** **Cod. Fiscale**
Name of Proposer Fiscal Code

Anno di iscrizione all'albo professionale year of enrolment to the Register: _____

(i) **Se si tratta di Studio Associato, indicare le generalità complete di ciascun Professionista che si desidera assicurare e l'anno di iscrizione all'albo**

If Partnership or Associated Office, please state the name of each professional to insure and year of enrolment to the Register

*	*
*	*

(ii) **Denominazione dello Studio (eventuale)** **Cod. Fiscale/P. IVA**
Name of the Firm Fiscal Code

2) **Indirizzo completo**
Address

3) **Massimale di assicurazione prescelto**
Amount of indemnity required, in aggregate

- € 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000.
 € 2.000.000 € 2.500.000. € 5.000.000

4) **Sanzioni inflitte ai clienti in seguito ad errori e/o omissioni derivanti all'apposizione del "visto di conformità" e/o "visto pesante"** fines and penalties inflicted to the clients because of errors and/or negligent act in respect of the statement of the "visto di conformità" and "visto pesante"

SI NO

Se si indicare gli introiti derivanti dall'apposizione di tale visto € _____
If yes show the fees arising from such statement

5) **Decorrenza e durata della Polizza**
Inception and expiry terms

dalle ore 24.00 del _____ alle ore 24.00 del _____

6) **Garanzie aggiuntive richieste:**
Additional coverages

- **Società di Servizi per l'Elaborazione Dati** SI NO
EDP Company

i) **Denominazione:**
Name

ii) **Indirizzo completo:**

Address

iii) **Fatturato annuo della Società di Servizi (ultimi 12 mesi)**

Previous 12 months Income

Globale Total Income	€
Derivante dall'attività esercitate per conto del Proponente Income from Proposer's Activity only	€

7) **Specificate i Vs introiti relativi agli ultimi 12 mesi (31 dicembre scorso) derivanti da:**

Income for previous 12 months financial period ending 31st December

A)	Attività di Consulente del lavoro (Labour consultant)	€
B)	Attività di Consulenza fiscale (fiscal/tax activity)	€
C)	Attività di Sindaco Statutory Auditor	€
D)	Attività di Revisore dei Conti di Società Auditor (Private Companies)	€
E)	Attività di Revisore dei Conti di Enti Pubblici Auditor (Public Body)	€
F)	Acquisizioni e fusioni mergers & acquisitions	€
G)	Curatore, Liquidatore e Commissario (Receiver, Bankruptcy Trustee and Commissary)	
H)	Attività di membro di Consigli di Amministrazione: Director of Companies	€
I)	Altro (SPECIFICARE) ----- Other (please specify)	€
		Tot.

8) **Avete attualmente in vigore altre Polizze che garantiscono gli stessi rischi per i quali è richiesta questa copertura?**

SI NO

Have the Firm or any of their Partners in force any Policy for similar risks?

Se SI, specificare quali sono i Soggetti assicurati e i Massimali previsti tenendo conto che, in tal caso, la presente proposta riguarderà una copertura in secondo rischio.

If Yes, please, give details having in mind that this Policy will be in second risk.

9) **Avete mai sottoscritto altre Polizze a garanzia di questi stessi rischi negli ultimi 5 anni?**

Have you effected similar insurances during the past 5 years?

SI NO

- (i) **SI, relativamente a queste precedenti coperture assicurative date dettagli**
If Yes, please give details

Compagnia Company	Massimale della Polizza Amount of Policy	Scoperto/Franchigia Amount borne by the Firm	Periodo Period

Se NO, indicate per quanti anni siete stati assicurati in precedenza
If Not, please state number of years you have been insured

- (ii) **Negli ultimi 5 anni si sono mai verificate le seguenti circostanze?**
In the past 5 years, has any application for similar insurance ever been

- a) interruzione/recesso da parte degli Assicuratori** SI NO
declined
- b) cancellazione da parte degli Assicuratori** SI NO
cancelled
- c) rifiuto di rinnovo da parte degli Assicuratori** SI NO
refused at renewal or
- d) imposizione di clausole particolari da parte degli Assicuratori** SI NO
had special terms imposed?

Alle eventuali risposte affermatve dare maggiori dettagli
If any answer is Yes, give details

-
- 10) Alcuno dei soggetti da assicurare ha mai avuto precedenti sinistri negli ultimi 5 anni?** SI NO
Have any subject to insure had any loss in past 5 years?
Se SI, dare tutti i dettagli
If Yes, please give all details

-
- 11) Sono mai state presentate richieste di risarcimento nei confronti di alcuno dei soggetti da assicurare?** SI NO
Have any claims been made against any subject to insure?
Se SI, dare dettagli
If Yes, please give details

-
- 12) Alcuno dei soggetti da assicurare è a conoscenza di fatti o circostanze dai quali possano discendere future richieste di indennizzo?** SI NO
Is any subject to insure aware of any circumstances which may result in any claim being made against the present or past Partners?

Se SI, dare tutti i dettagli If Yes, please give all details

13) **Alcuno dei soggetti da assicurare ha ricoperto / ricopre cariche sociali presso società che si trovino attualmente in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di amministrazione controllata o di concordato preventivo o nei cui confronti sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, o si trova in stato di precarietà aziendale che possano determinare l'apertura di uno dei suddetti procedimenti?**

SI NO

Has any of the subjects to be assured been / or are in social position within companies, in a state of bankruptcy, of compulsory liquidation, in controlled administration or of a preventive agreement with creditors, or is in a similar condition, or in a position of business precariousness such as to determine one of the aforesaid procedures ?

Se SI, dare tutti i dettagli

If Yes, please give all details

Si dichiara che tutto quanto sopra indicato corrisponde alla realtà dei fatti e che non sono state omesse o sottaciute circostanze o fatti materiali che possano influire sul presente contratto. Si prende altresì atto che la presente Proposta costituisce parte integrante del contratto stesso.

I/WE HEREBY DECLARE that the above statements and particulars are true and that I/WE have not suppressed or mis-stated any material facts and I/WE agree that this Proposal Form and any supplementary information sheet(s) attached hereto shall be the basis of the contract with the Underwriters.

Data

Firma

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, si precisa che W.B.A. S.r.l. tratterà le informazioni contenute nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Tali informazioni non verranno in ogni caso divulgate a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e relativa richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dati.

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 32, COMMA SECONDO, REGOLAMENTO ISVAP 26 MAGGIO 2010, N. 35, IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, FACENTE PARTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO COSTITUITO DA:

- A) **NOTA INFORMATIVA, COMPRESIVA DEL GLOSSARIO;**
- B) **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE;**
- C) **MODULO DI PROPOSTA.**

DATA

IL CONTRAENTE