

Inviare il modulo e il questionario compilato in modo leggibile via fax al numero 06/44292230 (r.a.) o via mail ancassicura@studiomangano.it

Per informazioni: **800.415.800** (r.a.) dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00 e dalle 14:30 alle 18:00

Nome: _____ Cognome _____

Codice Fiscale: _____ P.Iva: _____

Indirizzo: Via _____ N° _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

E-Mail _____ @ _____

Tel: _____ Fax _____ Cellulare _____

Iscrizione ordine di _____

DATA

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Con riferimento ai dati sensibili già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro dallo Studio Mangano Assicurazione e Finanza s.r.l. do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Associazione Nazionale Commercialisti e della Società di Assicurazione e resi pubblici solo in modo aggregato.

data _____

firma leggibile _____



Responsabilità civile

Ragionieri Commercialisti, Dottori Commercialisti, Consulenti del Lavoro

Professional Indemnity Insurance of Chartered Accountants and Labour Consultants

Questionario / Proposal Form

Avviso Importante / Important Notice

La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio / *The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and any further documentation or information underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly*

È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Broker poichè ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa / *It is fundamental that the Proposer is aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your local broker as any erroneous or inaccurate information could compromise any indemnification or could lead to cancellation of the policy.*

1. INFORMAZIONI GENERALI / GENERAL INFORMATION

1.1 Il Proponente / *The Proposer:* _____

1.2 Partita Iva / *Vat number:* _____
_____ Denominazione in caso di Studio Associato / *Name in the event of Associated Partnership* _____

1.4 Professionisti che formano lo Studio / *Accountants forming part of the Partnership:*

N. 1 _____ Iscrizione all'albo? / *Registration to the relevant Professional Association?* **Si/Yes**
No/No

N. 2 _____ Iscrizione all'albo? / *Registration to the relevant Professional Association?* **Si/Yes**
No/No

N. 3 _____ Iscrizione all'albo? / *Registration to the relevant Professional Association?* **Si/Yes**
No/No N. 4 _____ Iscrizione all'albo? / *Registration to the relevant Professional Association?* **Si/Yes**
No/No

N. 5 _____ Iscrizione all'albo? / *Registration to the relevant Professional Association?* **Si/Yes**
No/No



1.5 **Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo / Limit of Indemnity any one claim and in the annual aggregate:**

€500,000 €1,000,000 €1,500,000 €2,000,000 €2,500,000 €5,000,000 €_____

1.6 **Franchigia richiesta / Deductible requested:** €_____

1.7 **Società EDP – si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP indicata? / EDP firm – is Insurance required to include the EDP company indicated?**

Si/Yes No/No

Fatturato Ultimo Esercizio / Income €_____

Denominazione / Name_____

Sede Legale / Legal address_____

Il Proponente dichiara che la predetta società EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione dell'attività professionale assicurata / The Proposer declares that the above mentioned EDP firm operates exclusively in connection with the insured professional activity.

In caso contrario si prega di fornire dettagli / If otherwise please give details

2. **GARANZIE RICHIESTE / COVER REQUIRED**

2.1 **Attività / Activities**

Membro o Presidente del Consiglio di Amministrazione o del Collegio dei Sindaci

Board member, Chairman/Member of the Auditors Committee

Amministrazione Condominiale

Administration of Apartment Buildings

Responsabilità Solidale

Joint Liability

Fusioni ed Acquisizioni

Mergers and Acquisitions

Visto Pesante

Certification of Conformity

Visto Leggero

Tax assistance

Insolvenze, Liquidazioni e Curatele

Insolvencies, Liquidations and Receiverships

Retroattività (numero di anni richiesti)

Retroactivity (number of years required)

3. **INFORMAZIONI FINANZIARE / FINANCIAL INFORMATION**

3.1 **Totale lordo degli onorari fatturati per ciascuno dei passati 5 anni (esclusa attività EDP) / Total Gross Fees invoiced for each of the past 5 years (excluding EDP activity)**

3.2 **Il maggior onorario ottenuto da qualsiasi cliente / Largest total fee from any one client**

3.1
€_____2009
€_____2008
€_____2007
€_____2006
€_____2005

3.2
€_____
€_____
€_____
€_____
€_____

3.3 **Fatturato previsto per l'anno in corso / Estimated fees/turnover for present year** €_____



3.4 **Divisione degli introiti lordi (come percentuale del totale) per l'ultimo anno finanziario / Division of gross fees (as a percentage of the total) for last financial year**

1) **Contabilità e Consulenza fiscale / Accountancy and Tax Consultancy**

%

2) **Consulenza manageriale / Management Consultancy**

%

3) **Insolvenze, Liquidazioni e Curatele / Insolvencies, Liquidations and Receiverships**

%

4) **Sindaco / Internal Auditor**

5) **Consigliere d'Amministrazione / Board Member**

%

6) **Revisore Esterno / External Auditor**

%

7) **Consulenza del lavoro / Labour Consultancy**

%

8) **Indicare se parte delle attività suddette viene svolta per conto di società quotate in borsa e il tipo di attività svolta**

Activity for Quoted Companies (please give details)

%

9) **Altro (Specificare) / Others (please give details)**

%

3.5. **Numero di nomine per attività di Sindaco/Revisore/Amministratore / Number of appointments iro Board Member/Internal Auditor/External Auditor**

4. **SINISTRI E CIRCOSTANZE / CLAIMS AND CIRCUMSTANCES**

4.1 **Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza? / Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?:** **Si/Yes No/No**

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / If Yes, please attach details.

4.2 **Indicare se il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni / Has the Proposer or any of his associated partners had any PI claim in the past 5 years?** **Si/Yes No/No**

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli / If Yes, please attach details.



5. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / OTHER INSURANCES AND PREVIOUS INSURERS

5.1 Esiste altra polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati? / Is there another PI Insurance policy covering the Proposer or any of his associated partners?
Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli / If Yes, please give details.

5.2 Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? / Has the Proposer ever had PI cover? Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, si prega di indicare / If Yes, please specify:

(a) Nome degli Assicuratori / Name of Insurers _____

(b) Massimale assicurato / Limits of Indemnity € _____

(c) Franchigia / Excess € _____

(d) Data di scadenza / Expiry date _____

(e) Numero di anni di copertura precedente continua / Number of years of continuous previous insurance _____

NB. Se non assicurati attualmente, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati / If not currently insured, please give these details relative to the latest year that insurance was carried.

5.3 Ai proponenti è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? / Have the Proposers been refused insurance similar to that now being requested?:
Si/Yes No/No

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / If Yes, please attach details.

6. DICHIARAZIONE / DECLARATION

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati / The Proposer declares on his/her behalf and on his/her associated partners behalf that:

a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi / to the best of his/her knowledge and belief, no claim has been made in the last five years up to the present date.

b) di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento / to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact or circumstance that could give rise to damages to third parties or to a claim for compensation from third parties

c) di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili procedure / he/she did not undertake activities as Board Member, Chairman, Chairman/Member of Auditors Committee in Companies or Bodies which have been placed in liquidation, declared bankruptcy or similar procedures

d) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità / the information in this questionnaire is truthful

e) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio / no information that could influence the valuation of this risk has been withheld

Firma / Signature: _____

Nome e Cognome / Printed name: _____

Data / Date: _____