

--	--	--

**QUESTIONARIO DI RINNOVO  
PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI COMMERCIALISTI**

La presente proposta di rinnovo è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made".

**1. Dati del Proponente:**

**Cognome, Nome e Titolo di studio dell'Assicurato**.....

**Denominazione dello Studio (eventuale)** .....

**Indirizzo**.....**Città**.....**CAP**.....

**P.IVA**.....**Sito Web**.....

**2. Massimale di Assicurazione richiesto**

€ 500.000    € 1.000.000    € 1.500.000    € 2.000.000    € 2.500.000    € 5.000.000

**3. Specificate i Vostri introiti relativi agli ultimi 12 mesi (31 Dicembre scorso) derivanti da:**

<b>ATTIVITA' (Activity)</b>	<b>INTROITI RELATIVI (Income)</b>
<b>Attività di Dott. o Rag. Commercialista / Studio Associato</b>	€
<b>Attività di Sindaco</b>	€
<b>Attività di Revisore Contabile (di società che <u>non</u> fanno ricorso al mercato del capitale di rischio)</b>	€
<b>Attività di Revisore dei Conti di Enti Pubblici</b>	€
<b>Consulente del Lavoro</b>	€
<b>Curatore, Liquidatore e Commissario</b>	€
<b>Acquisizioni e Fusioni</b>	€
<b>Attività di Membro di Consigli di Amministrazione</b>	€
<b>Attività di Conciliatore</b>	€
<b>Visto leggero</b>	€
<b>Visto pesante</b>	€
<b>EDP</b>	€
<b>Altro (SPECIFICARE)</b>	€
<b>Totale</b>	€

--	--	--

4. **Alcuno dei soggetti da assicurare ha mai avuto precedenti sinistri / reclami e/o richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni?** SI NO

In caso affermativo, compilare il campo apposito specificato alla fine del questionario

5. **Alcuno dei soggetti da assicurare è a conoscenza di fatti o circostanze dai quali possano discendere future richieste di indennizzo?** SI NO

In caso affermativo, compilare il campo apposito specificato alla fine del questionario

6. **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

In caso affermativo, compilare il campo di seguito:

---

---

---

---

---

---

Agli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892-1893 C.C. l'Assicurato dichiara di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento o circostanze che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, già al momento della presente proposta.

In caso di circostanze e/o richieste di risarcimento vogliate fornire tutti i dettagli possibili, allegando anche la documentazione disponibile. In questo caso WBA Srl si riserva di valutare il rinnovo sulla base di quanto verrà pervenuto

Il Contraente ..... Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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 E L'APPENDICE DI AGGIORNAMENTO N° 1 - ED. MAGGIO 2011 ;**  
**C) MODULO DI PROPOSTA.**

**DATA**

**IL CONTRAENTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_