

MODULO DI RACCOLTA DATI RC PROFESSIONALE TRIBUTARISTA

- 1.
- Professionista individuale che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
 - Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (compilare l'elenco degli assicurati e la parte relativa agli estremi dello Studio)

Nome e Cognome/Ragione sociale del Proponente _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente _____

Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente _____

Data di inizio dell'attività (GG/MM/AA) _____

Data di iscrizione all'albo (GG/MM/AA) _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti _____

Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata _____

2. In caso di Studio Associato indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	ANNO DI INIZIO ATTIVITA'	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

3. Massimale richiesto 250.000,00 € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.500.000,00 € altro € _____

4. Rinnovo Automatico Si No

5. Continuous Cover Si No

6. Periodo di retroattività richiesta:

Due anni/data iscrizione albo/data inizio attività Cinque anni Dieci anni Illimitata

Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

7. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale? Si No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

8. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire dettagli

9. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato e/o soci passati e/o presenti, e/o qualsiasi membro dello staff passato e/o presente negli ultimi 5 anni? Si No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

10. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento contro l'assicurato, i soci presenti e/o passati e/o qualsiasi membro dello staff presente e/o passato? Si No

Se sì, fornire dettagli

11.

A) L'assicurato, o alcun membro del proprio staff, è attualmente o è stato in passato sindaco o revisore dei conti, o consigliere di amministrazione di società o di enti:

- che sono stati oggetto di "Amministrazione Controllata" Si No
- che sono stati dichiarati in stato di insolvenza Si No
- che sono stati sottoposti a procedure concorsuali Si No
- per le quali è in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle situazioni di cui sopra Si No

Se sì, fornire dettagli

B) Le società (indicate al punto A), risultano con un capitale diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite (art. 2482 bis c.c.) oppure ridotto al di sotto del minimo legale stabilito dal numero 4) dell'art 2463 c.c. – art. 2482 ter c.c. ?

Si No

Se si indicare il vecchio capitale _____ e il nuovo capitale _____

SPLIT DEL FATTURATO

Inserire, per entrambi gli anni, il fatturato per ogni attività esercitata:

ATTIVITA'	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
ATTIVITA' ORDINARIA Indicare nel fatturato totale per l'attività ordinaria e crocettare quali di queste voci rientrano in tale ammontare totale: <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale per conto dei CAF <input type="checkbox"/> Attività di perito del tribunale <input type="checkbox"/> Funzioni svolte davanti alle commissioni tributarie <input type="checkbox"/> Attività di libera docenza <input type="checkbox"/> Curatore, Commissario <input type="checkbox"/> EDP* <input type="checkbox"/> Altro (es. Consulenza ecc) _____ <input type="checkbox"/> Certificazione obbligatoria (allegare nominativi e settori merceologici delle società) <input type="checkbox"/> Certificazione volontaria Di cui fatturato per acquisizioni e/o fusioni	€	€
<input type="checkbox"/> Liquidatore	€	€
<input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero SENZA 730 <input type="checkbox"/> Assistenza fiscale – visto leggero CON 730	€	€
<input type="checkbox"/> Visto Pesante	€	€
<input type="checkbox"/> Mediazione/Conciliazione	€	€
<input type="checkbox"/> Sindaco <input type="checkbox"/> Revisore legale dei Conti (ALLEGARE NOMINATIVI E SETTORI MERCEOLOGICI DELLE SOCIETÀ) Di cui fatturato per società quotate in Borsa	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore - <u>membro del c.d.a.</u> (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo di Vigilanza (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Membro di Organismo Di Composizione Della Crisi Da Sovra Indebitamento (allegare nominativi e settori merceologici delle società)	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di stabili e condomini Numero di Condomini amministrati _____ Numero di Super Condomini amministrati _____	€	€
<input type="checkbox"/> Attestatore	€	€
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	€	€
<input type="checkbox"/> Delegato alle vendite	€	€
<input type="checkbox"/> Altro: mansioni specifiche _____	€	€
TOTALE	€	€

➤ E' richiesta l'estensione RC conduzione studio (con sotto limite)? Si No

➤ Nel caso l'Assicurato sia lo Studio Associato, si desidera l'estensione all'attività esercitata dai singoli professionisti (fuori dallo Studio) Si No

Se si indicare il fatturato per tale attività alla voce "Altro" e indicare nominativi e P.Iva

*EDP: Se richiesta la copertura indicare il nominativo, la sede e la P.IVA (aggiungendo il fatturato per l'attività di EDP alla voce attività ordinaria della tabella precedente).