

MODULO DI RACCOLTA DATI

DOTTORI COMMERCIALISTI – ESPERTI CONTABILI - CONSULENTI DEL LAVORO ASSICURAZIONE PER ATTIVITÀ DI ASSISTENZA FISCALE - VISTO LEGGERO DLGS N. 241 – 9.7.1997 DM 164 – 31.5.1999 ART. 10 DL 1.7.2009 N. 78 CONVERTITO A LEGGE N. 102 3.8.2009 e dall' articolo 6 del d.lgs. n° 175 del 21/11/2014 e s.m.i.

1. Nome del Contraente/Assicurato: _____

Indirizzo (Via, Città, CAP, Provincia): _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Anno di Iscrizione all'Albo e di Inizio Attività (GG/MM/AA): _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

Data ultimo aggiornamento professionale e nr.crediti conseguiti _____

Commercialista Esperto Contabile Consulente del Lavoro Società di EDP/CED

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

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

3. Si prega di compilare lo schema qui sotto riportato e rispondere alle domande successive necessarie alla quotazione:

ATTIVITA' (indicare il fatturato per la sola attività inerente l'apposizione del Visto)	ANNO 2.....	ANNO 2.....
ATTIVITA' ORDINARIA Indicare nel fatturato totale l'attività sotto indicata <input type="checkbox"/> Attività di Assistenza Fiscale D.lgs. 241 – 9/7/1997 – dm 164 – 31/5/1999 ART. 10 dl 1/7/ n° 78 CONVERTITO IN Legge 3/8/2009 e dall' articolo 6 del d.lgs. n° 175 del 21/11/2014 e s.m.i. NB: contratto soggetto a regolazione fine periodo assicurativo, tasso 2,5 pro mille su fatturato superiore a € 150.000 relativo all'attività indicata	€	€
TOTALE	€	€

4. Massimale concordato: € 3.000.000,00

5. Garanzia richiesta SENZA 730 CON 730

6. Rinnovo Automatico Si No

7. Continuous Cover Si No

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

In caso di risposta affermativa compilare lo schema qui sotto riportato con i dati dell'ultima copertura:

Polizza rc professionale polizza visto stand alone polizza rc professionale con estensione visto

Nome Assicuratore	Periodo di assicurazione	Massimali	Franchigie	Premio Lordo	Retroattività

9. Periodo di retroattività richiesta:

Data effetto polizza Da quanti anni risulta essere assicurato in modo continuativo? _____

10. 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?

Sì

No

11. 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?

Sì

No

12. 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?

Sì

No

In caso di risposte affermative, fornire dettagli su un foglio a parte (allegato 1), datando e firmando tale dichiarazione.

Indicare eventuali ulteriori aspetti e/o dettagli, che ritenete opportuno portare a conoscenza degli assicuratori ai fini di una migliore analisi del rischio.
