

# Questionario di assicurazione

R.C. Professionale per studi di avvocati e commercialisti



Proposal Form Professional Indemnity Insurance for Lawyers and accountants Partnership

## Note per il proponente/Notice for the Proposer

- Si prega di rispondere a tutte le domande, senza lasciare spazi in bianco/please complete and answer all questions. No blanks spaces admitted
- Se per rispondere ad una qualsiasi delle domande lo spazio disponibile non è sufficiente, proseguire su un foglio di carta intestata della Società, specificando la domanda a cui si risponde/If the available space is not enough to properly answer a question, please use an addendum in which you must specify the question number the answer is related to.

## Parte 1 – Dati del Proponente/ Proposer's Details

1. Denominazione della Proponente/ Full Name of Applicant: \_\_\_\_\_
2. CF e P.IVA / Fiscal Code and VAT number \_\_\_\_\_
3. Indirizzo web/ Website \_\_\_\_\_
4. Mail e n. telefono/email and mobile number \_\_\_\_\_
5. Sede della Proponente/ Address \_\_\_\_\_
6. Descrizione dell'attività/ Activity \_\_\_\_\_
7. Anno in cui è stata costituita la Società/ Year founded \_\_\_\_\_
8. Altre Aziende e Stabilimenti/ Other businesses and factories \_\_\_\_\_
9. La società ha controllate negli USA da assicurare?/has the Proposer any subsidiary in USA? \_\_\_\_\_
10. Uno degli uffici indicati al punto 6 non ha un Socio/Titolare o Amministratore operante al suo interno, specificate di quale ufficio si tratta e spiegate in che modo tale ufficio viene diretto/ If there is no Partner or Director working in any of the offices indicated under question 1b, please specify the office and give all the details of how is managed.
11. Negli ultimi 6 anni la denominazione dello(gli) studio(i) è stata modificata o si sono verificate fusioni, take-over o acquisizioni?/ Has the Associated partnership changed name or has any merger, acquisition or take-over taken place in the last six years? SI/YES NO/NO  
Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum
12. Fornite le seguenti informazioni per tutti i Soci/Titolari/Amministratori dello studio/ Please give the following information for all Partners/Directors of the associated Partnership.

Name	Activity	Seniority

13. Indicate il numero totale di:/ Please specify the total number of:
  - (i) Soci/ Titolari/ Amministratori/ Partners and Directors: \_\_\_\_\_
  - (ii)Assistenti qualificati/ Qualified staff: \_\_\_\_\_
  - (iii)Altro personale(no personale amministrativo)/Other staff (other than administrative staff): \_\_\_\_\_Totale/ Total: \_\_\_\_\_

b) Si richiede la copertura per un Socio/ Titolare o Amministratore precedente? / Is cover required for any former Partner/Director? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente i seguenti dettagli/ If "Yes", please detail the following information in an addendum

- **Nome per esteso/Full Name**
- **Qualifica Professionale/Professional Qualification**
- **Periodo trascorso presso lo studio/Date of appointment**
- **Status/Status**

c) Fornite l'eventuale elenco di singoli consulenti per cui si richiede la copertura indicando/ Please give the following details of consultant for whom cover is required:

- **Nome del consulente /Full Name**
- **Qualifica Professionale/Professional Qualification**
- **Compensi corrisposti e inclusi nei compensi lordi (Punto 13)/ Fees invoiced (included in gross fees declared in question 13)**

**Parte 2 – Attività professionali e informazioni sul reddito/Professional activities and financial information**

---

14. Integrate sistemi di Assicurazione Qualità?/ Do you have any quality system in place? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

15. Ripartizione del fatturato/Turnover:

a. **ATTIVITÀ DI AVVOCATO/LAWYERS**

Distribuzione geografica del fatturato totale della società (in €)/Geographical area TO distribution

	Anno in corso € Current year	Anno precedente € Previous year
Unione Europea – EU		
USA/CND – USD/CND		
Resto del Mondo – ROW		
Subappaltato/ Outsourced		

Distribuzione fatturato per area di attività (%)/Activities Area TO distribution::

	%
<b>Contenzioso civile, penale, amministrativo, giuslavoristico/Legal assistance on dispute resolution/Litigious</b>	
<b>Consulenza in materia immobiliare/consulenza in materia di diritto finanziario (emissione pubblica di azioni, titoli, cartolarizzazioni o altre operazioni di capital market)/Legal assistance on Capital Market - advice on stocks and bonds</b>	
<b>Diritto successorio/Law on succession</b>	
<b>Consulenza in materia di operazioni straordinarie (fusion, acquisizioni, scissioni, etc..)/M&amp;A</b>	
<b>Consulenza in materia di diritto commerciale/Legal assistance on Commercial &amp; Business contracts</b>	
<b>Proprietà intellettuale/Intellectual property/ Patent</b>	

Diritto tributario/Tax Law	
Consulenza in materia di investimenti/Investments consultancy	
Arbitrato e conciliazione/Arbitration proceedings	
Attività di Sindaco/Auditor	
Attività di Membro OdV/Supervisory Board member	
Attività di Membro CdA/Board of Director Member	
Insolvenza, liquidazione, curatela fallimentare/Insolvency, Liquidation, Bankruptcy	
Altro – specificare/Other – please specify	
<b>Totale/Total</b>	<b>100%</b>

**b. ATTIVITÀ DI COMMERCIALISTA/ACCOUNTANTS**

Distribuzione geografica del fatturato totale della società (€)/Geographical area TO distribution

	Anno in corso Current year	Anno precedente Previous year
Unione Europea - EU		
USA/CND – USD/CND		
Resto del Mondo - ROW		
Subappaltato/ Outsourced		

Distribuzione fatturato per area di attività (%)/Activities Area TO distribution:

	%
<b>Contabilità e assistenza fiscal a favore di/Accounting &amp; Tax Activities to:</b>	
1)Società quotate/listed Companies	
2)Società non quotate/unlisted companies	
3)Altre piccolo imprese commerciali, agricole, etc/commercial enterprises, agricultural	
4)Banche, Istituzioni finanziarie, assicurazioni/Banks, Financial institution, Insurance	
Assistenza fiscal a persone/Tax Advice (to single person)	
Consulenza gestionale/Management consulting services	
Insolvenza, liquidazione, curatela fallimentare/Insolvency, Liquidation, Bankruptcy	
Fusioni&acquisizioni/M&A	
Esecuzione testamentaria e amministrazione fiduciaria/testamentary executions	
Amministrazione di Società/company administration	
Consulenza in materia di investimenti/Investment Consulting	
Rilascio visto di conformità/visa compliance – tax	
Rilascio certificazione tributaria (Visto pesante)/tax certification	
Assistenza fiscal e compensazione crediti (Visto Leggero)/ Approval of conformity	
Attività di Sindaco/Auditor	
Attività di Membro OdV/Supervisory Board member	
Attività di Membro CdA/Board of Director Member	
Attività di mediatore e conciliatore/ Mediator and conciliator	
Altro(specificare)/Other(please specify	
<b>Totale/total</b>	<b>100%</b>

16. a) Indicate che percentuale dell'attività dello Studio comporta il subappalto di lavoro all'esterno /Please give the % of the Associated Partnership's activity subcontracted to third parties.

b) In caso di lavoro offerto in subappalto, fornite informazioni esaustive sulle parti coinvolte descrivendo i servizi resi e fornite un esempio di clausole contrattuali applicabili a queste prestazioni di lavoro./ In the event of subcontracted work, please specify who are the subcontractors, which services are given and give an example of a contractual clause applicable to such services.

c) Esigete che i subcontraenti mantengano la propria assicurazione R.C. professionale?/Do you require that they carry and maintain adequate insurance to cover their liability for such work? SI/YES NO/NO

---

17. a) Lo Studio/ la Società o qualsiasi Socio/ Titolare o Amministratore è membro di un consorzio di imprese o di un'associazione?/ Is the Associate Partnership or any of its Partners or Director member of a consortium or joint venture? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

b) Un Socio/Titolare o Amministratore possiede una partecipazione/riveste il ruolo di amministratore oppure ha un qualsiasi altro interesse finanziario in qualsiasi altra società?/ Does any Partner have an association with/ or is a Director member/or a financial interest in any other firm or organization? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

c) Richiedete la copertura assicurativa per il vostro studio/la vostra società in relazione a questa attività?/ Do you require cover in respect of this activity? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

d) Se lo studio ha una o più società associate/affiliate/capogruppo, lo studio esegue lavori per queste società?/ If the Partnership has one or more associated/affiliated/holding company, does the Partnership carries out activities on their behalf? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

e) In caso di risposta affermativa, che percentuale del reddito totale da compensi è attribuibile a questa attività?/ If yes, what % of the total fee income is imputable to such activities?

---

18. a) Quali sostanziali cambiamenti negli importi indicati ai punti 7 e 8 sono previsti per i prossimi 12 mesi?/ Which substantial changes ub respect of the amount declared in question 7 and 8 are expected in the next 12 months?

b) Descrivete in dettaglio qualsiasi nuova operazione di rilievo programmata per i prossimi 12 mesi./ Please give full details of any new relevant operation planned in the next 12 months

c) Lo Studio possiede cespiti oppure ha una procura nel territorio USA?/ Has the Associate Partnership any source of income or power of attorney in the USA? SI/YES NO/NO

Se "Si", fornire cortesemente dettagli/ If "Yes", please detail in an addendum

### Parte 3 – Controlli interni/ Internal Control

---

19. Lo Studio è mai stato sottoposto a verifica, ispezione, indagine o procedimento disciplinare da parte di qualsiasi associazione o organismo di regolamentazione?/ Has the Partnership ever been subject to inspection, inquiry or disciplinary proceeding by any association or regulatory body? SI/YES NO/NO

In caso di risposta affermativa fornite informazioni esaustive/ If yes, please give full details

### Parte 4 – Richieste di risarcimento e circostanze/ Claims and Circumstances

---

20. A seguito di indagine, il titolare o qualsiasi dei soci risulta essere a conoscenza di **qualsiasi circostanza o evento che possa dare origine a una richiesta di risarcimento** nei confronti del Proponente o dei predecessori o nei confronti di qualsiasi dei Soci/Titolari o Amministratori attuali o passati?/ Are any Directors/Partners/Principals or employee after enquiry, aware of any circumstances which are likely to give rise to a claim against the Partnership or its predecessors in business or any of its present or former Directors/Partners/Principals or employee? SI/YES NO/NO

In caso di risposta affermativa fornite informazioni esaustive/ If yes, please give full details

21. Il proponente assicurato o qualsiasi dipendente, collaboratore o socio membro dello Studio ha mai comunicato richieste di risarcimento o circostanze relative alla propria attività professionale? Has the proposing policyholder or any attorney, member of staff or partner of the Firme ver reported any claims or circumstances concerning the professional activity? SI/YES NO/NO

In caso di risposta affermativa fornite informazioni esaustive/ If yes, please give full details

### Parte 5 - nformazioni particolari sulla attività di sindaco-revisore dei conti in società/specific information in respect of internal auditing activity

---

22. Allegare un elenco esaustivo delle Società o Enti nelle quali il proponente è attualmente Sindaco/Revisore dei conti/ Please attach a detailed list of any Society in which the proposing policyholder is actually Intyernal Auditor

23. Fornite informazioni dettagliate sul reddito lordo da compensi/ fatturato lordo derivante da attività di Sindaco / Revisore dei conti/ Please give full information on the Partnership's gross fee income related to internal auditing activity

Ultimo esercizio/Last year: \_\_\_\_\_

Esercizio finanziario in corso (stima)/Current year (expected): \_\_\_\_\_

24. Il proponente è o è stato in passato Sindaco o Revisore dei conti in società o Enti che durante o successivamente all'espletamento dell'incarico siano stati sottoposti a:

- |   |                                 |                                |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> procedure concorsuali previste dal R. D. 267/42/Insolvency procedures                    | <input type="checkbox"/> SI/YES | <input type="checkbox"/> NO/NO |
| <input type="checkbox"/> Procedure amministrative straordinarie di cui alla legge 95/79/Administrative procedures | <input type="checkbox"/> SI/YES | <input type="checkbox"/> NO/NO |
| <input type="checkbox"/> (e/o successive modificazioni)   | <input type="checkbox"/> SI/YES | <input type="checkbox"/> NO/NO |

## Parte 6 – Massimale richiesto/Limit required

### 1. Avvocati/ Lawyer

#### FORMA SINGOLA

		MASSIMALI						
		350.000,00	500.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	2.000.000,00	2.500.000,00	3.000.000,00
FATTURATI	0-30.000				NA	NA	NA	NA
	30.001-70.000	NA			NA	NA	NA	NA
	70.001-100.000	NA	NA				NA	NA
	100.001-150.000	NA	NA				NA	NA
	150.001-200.000	NA	NA					NA
	200.001-300.000	NA	NA					
	300.001-500.000	NA	NA					

#### FORMA COLLETTIVA

		MASSIMALI			
		1.000.000,00/ 2.000.000,00	2.000.000,00/ 4.000.000,00	4.000.000 €	5.000.000 €
FATTURATI	0-500.000			NA	NA
	500.000 - 750.000	NA			
	750.001 - 1.000.000	NA			
	1.000.001 - 1.500.000	NA			

### 2. Commercialisti /Accountants

		MASSIMALI					
		250.000,00	500.000,00	1.000.000,00	1.500.000,00	2.000.000,00	2.500.000,00
FATTURATI	0-50.000			NA	NA	NA	NA
	50.000-75.000				NA	NA	NA
	75.001-100.000					NA	NA
	100.001-150.000					NA	NA
	150.001-200.000						NA
	200.001-300.000						
	300.001-500.000						



**LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA NON IMPEGNA IL PROPONENTE ALLA STIPULAZIONE DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE/ THIS PROPOSAL FORM DOES NOT OBLIGE THE PROPOSER TO PURCHASE INSURANCE**

**Dichiarazione/Declaration**

Dichiaro/Dichiariamo che le dichiarazioni e i particolari contenuti nel presente questionario/proposta sono conformi a verità e che nessun fatto essenziale è stato esposto in maniera inesatta, dichiarato erroneamente o volontariamente omesso. Riconosco/Riconosciamo che il presente questionario/proposta, unitamente ad ogni altra informazione da me/noi fornita, sarà preso a fondamento di qualsiasi contratto assicurativo stipulato tra me/noi e l'Assicuratore. Mi impegno/Ci impegniamo a informare l'Assicuratore in merito a qualsiasi cambiamento sostanziale di tali fatti che intervenga prima della data di decorrenza/stipulazione del contratto assicurativo./ We declare that the statements and particulars in this Proposal are true and that I/we have not misstated or suppressed any material facts. I/we agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us, from the basis of ally Contract of Insurance effected thereon. I/We undertake to inform insurers of any material alteration to these facts occurring before completion of the Contract of Insurance.

**Firma/Signature**

**Incarico ricoperto** (firma di Socio/ Amministratore o Titolare, o equivalente)  
Signature of Partner/Directors, Owner or equivalent

**Timbro Società/ Partnership Stamp**

**Data/ Date**

**Allegare alla presente Proposta /Please Attach:**

Un opuscolo (se disponibile)/ brochure