



<p><b>Limite di indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo</b>  <i>Limit of indemnity each loss and each insurance period</i></p>	<input type="checkbox"/> € 500,000,00 <input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> € _____
<p><b>Franchigia o scoperto</b> (crocesegnare)  <i>Deductible or excess (cross)</i></p>	<input type="checkbox"/> <b>Scoperto 1% sugli introiti, con il minimo di € 1,500 excess 1% on fees, minimum € 1,500</b> <input type="checkbox"/> <b>Scoperto Sindaco 2% sugli introiti (se superiori a €100,000.00) con il minimo € 5,000</b> <i>Sindaco excess 2 % of fees (if over Euro 100,000 for the year) with a minimum € 5,000</i>
<p><b>Limiti territoriali richiesti</b>  <i>Territorial Limits</i></p>	<input type="checkbox"/> <b>Italia, Città del Vaticano</b> <i>Italy, Vatican city</i> <input type="checkbox"/> <b>Repubblica di San Marino</b> <i>Republic of San Marino</i> <input type="checkbox"/> <b>Comunità Europea</b> <i>European Community</i>
<p><b>SOCIETÀ EDP - si vuole estendere l'assicurazione alla società EDP indicata?</b>  <i>EDP firm - is the insurance required to include the EDP company indicated ?</i></p>	
<p>YES/NO: _____ <b>se SI indicare / if YES state:</b></p>	
<p><b>Nome/ denominazione</b>  <i>Full Name:</i></p>	
<p><b>Sede legale</b>  <i>Legal address</i></p>	
<p><b>Data inizio attività</b>  <i>Date established</i></p>	<p><b>Fatturato</b> € _____  <i>Turnover</i></p>
<p><b>Il proponente dichiara che la predetta società di EDP opera esclusivamente in connessione e ad integrazione della sua attività professionale</b>  <i>The proposer declares that the above mentioned EDP Firm operates exclusively in connection and to complete His/Her Accountant Professional activity</i></p>	
<p>YES/NO: _____ <b>se NO indicare / if NO please give details:</b></p>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

<b>Profilo dell'attività svolta e suddivisione degli introiti lordi</b> <i>Profile of the activity performed and sub-division of the gross fees</i>			
<b>Clients Privati</b> <i>Private clients</i>	_____ % <b>del totale</b> <i>% of Total</i>		
	1. <b>FISCALE</b> _____ % <i>Fiscal</i>		
	2. <b>ALTRO (SPECIFICARE)</b> _____ % <i>Other(specify)</i>		
<b>Aziende ed Enti</b> <i>Companies and Bodies</i>	_____ % <b>del totale</b> <i>% of Total</i>		
<b>Attività svolta dall'ASSICURANDO</b> <i>Activity performed by the Assured:</i>	<b>SI / yes</b>	<b>NO / no</b>	<b>%</b>
– Visto pesante			
– Operazioni su Società			
– Sindaco/Consigliere d'Amministrazione <i>In caso di risposta affermativa si prega di compilare il modulo allegato</i>			
– Revisori Enti pubblici			
– Valutazione di partecipazione sociale non quotata			
– Liquidazione/insolvenza			
– Amministratori di condomini			
– Consulente del Lavoro			
– Arbitro in procedimenti Extragiudiziali			
– Autori di saggi, articoli e pubblicazioni in genere			
– Responsabilità Solidale			
– Membro di Commissioni Tributarie			
<b>Totale Lordo degli onorari per ciascuno dei passati 5 anni</b> <i>Total Gross Fees for each of the past 5 years</i>	<b>Totale Lordo</b>		<b>Maggior Onorario</b>
	1999 € _____		€ _____
	2000 € _____		€ _____
<b>Il maggior onorario ottenuto da qualsiasi cliente</b> <i>Largest total fee from any one client</i>	2001 € _____		€ _____
	2002 € _____		€ _____
	2003 € _____		€ _____
<b>Fatturato previsto per l'anno in corso</b> <i>Estimated fees turnover for present year</i>	€ _____ (2004)		

<b>Altre Assicurazioni</b> <i>Other insurances</i>		<b>Avete voi o di taluno dei suoi Associati beneficiato di copertura assicurativa della responsabilità civile professionale?</b> <i>Have you or any of the Partners ever had P.I. insurance cover ?</i> <b>SI/NO:</b> _____		
<b>Precedenti Assicuratori</b> <i>Previous Insurers</i>		<b>Indicare da quanto tempo avete beneficiato di copertura assicurativa della responsabilità civile professionale</b> <i>Please indicate the period, company and limits of your previous insurance cover</i>		
<b>Periodo</b> / <i>Period</i>	<b>Compagnia Assicuratrice</b> / <i>Insurance company</i>	<b>Massimale</b> / <i>Limit</i>		
<b>È mai stata rifiutata o cancellata l'Assicurazione per la Responsabilità civile professionale?</b> <i>Has your professional indemnity insurance has ever been refused or cancelled?</i>  <b>YES/NO:</b> _____ <b>se SI fornire dettagli / if YES please give details:</b>  _____  _____				
<b>Data e motivo di cessazione:</b> <i>Date and reason of cancellation :</i>  _____  _____  _____				
<b>Retroattività</b> <i>Retroactive</i>  <b>Premesso che l' assicurazione in questione è nella forma "Claims Made", quanti anni di retroattività sono richiesti?</b> <i>Please note that this insurance is on a "Claim Made" basis please specify how many years of retroactive cover are requested?</i> <input type="checkbox"/> 1 anno      <input type="checkbox"/> 2 anni      <input type="checkbox"/> 3 anni      <input type="checkbox"/> 4 anni      <input type="checkbox"/> 5 anni				

## Sinistri Precedenti

*Loss Record*

**L'assicurando o taluno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri o circostanze che potrebbero dare origine a sinistri per responsabilità civile professionale negli ultimi 5 anni?**

*Has the Proposer or any of his associated partners had any claim or circumstances that may give rise to a claim in the past five years? If yes please give details and dates*

YES/NO: \_\_\_\_\_ **se SI fornire dettagli / if YES please give details:**

---



---

## Provvedimenti adottati in caso di Malattie/Vacanze

*Arrangements In Case Of Holiday/Sickness*

**rotazione partners**

*Partners internal rotation*

**chiusura con preavviso clientela**

*Closing with prior advice to clients*

## Dichiarazione

*Declaration*

**Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e dei suoi associati:**

*The Proposer declares on his/her behalf and on his/her Associated Partners behalf that:*

- a) **di non essere a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta da terzi alla data odierna;**  
*to the best of his/her knowledge and belief, no claim has ever been made at 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 durante la decorrenza dell'assicurazione;**  
*to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact that could give rise to a claim against third parties or to a request of indemnification from third parties;*
- c) **di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili procedure;**  
*no Activities as Board Member, Chairman, Chairman/Member of Auditors Committee in Companies or Bodies in Bankrupt, Liquidation or similar procedures;*
- d) **che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;**  
*The information in this questionnaire are truthful;*
- e) **di non aver sottaciuto alcun elemento influente alla valutazione del rischio.**  
*no information that could influence the valuation of this risk has been withheld;*

**Le risposte a queste domande devono essere date dopo aver fatto un'adeguata inchiesta fra gli Associati e i Collaboratori di chi sottoscrive il modulo.**

*Answers to the questions of this questionnaire must be given after proper enquiry among the Associated Partners and the Assistants of the Proposer signing the questionnaire.*

Firma -Signed

Data - Dated

