

MODULO DI PROPOSTA

**COMMERCIALISTI – ESPERTI CONTABILI - CONSULENTI DEL LAVORO – SOCIETA' DI EDP/CED - TRIBUTARISTI – REVISORI LEGALI DEI CONTI 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, DALL'ART. 7 QUATER, COMMA 32, DECRETO-LEGGE 22 OTTOBRE 2016 N.193, CONVERTITO CON LEGGE 1 DICEMBRE 2016 N.225, D.L. N. 50 del 24/04/2017 CONVERTITO IN LEGGE 21 GIUGNO 2017 n. 96, PUBBLICATA IN GU n. 144 DEL 23.06.2017 E ART. 119 e 121 DEL DECRETO LEGGE 19/05/2020 n. 34, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 77 del 17/07/2020 e successive modifiche ed integrazioni.**

Compagnia/e con la/e quale/i intende assicurarsi:

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.

TOKIO MARINE HCC

**Sezione A: DATI PROPONENTE**

1) Professionista individuale  \*Studio Associato/Società   
 Cognome e Nome/Ragione sociale del Proponente \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale e/o Partita Iva del Proponente \_\_\_\_\_  
 Indirizzo (via, città, CAP, provincia) del Proponente \_\_\_\_\_  
 Data inizio attività apposizione Visto \_\_\_\_\_ Costituzione persona giuridica \_\_\_\_\_  
 Data iscrizione apposito elenco Agenzia delle Entrate \_\_\_\_\_  
 Data ultimo aggiornamento professionale e nr. crediti conseguiti \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email e/o indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

Commercialista  Esperto Contabile  Consulente del Lavoro  
 Società di EDP/CED  Tributarista  Revisore legale dei conti

\*In caso di Studio Associato/Società indicare le generalità del professionista che si intende assicurare in quanto soggetto che appone il visto di conformità (in caso di più soggetti procedere con polizze separate):

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	PROFESSIONE	DATA INIZIO ATTIVITÀ APPOSIZIONE VISTO	DATA ISCRIZIONE APPOSITO ELENCO DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E NR. CREDITI CONSEGUITI

**Sezione B: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**

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

ATTIVITÀ (indicare il fatturato per la <u>solg</u> attività inerente l'apposizione del Visto)	ANNO PRECEDENTE 2.....	(STIMA) ANNO CORRENTE 2.....
<b>TOTALE ATTIVITÀ OGGETTO DI COPERTURA – VISTO DI CONFORMITÀ/VISTO LEGGERO</b> 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.	€	€

3) Massimale concordato: € 3.000.000,00   
 4) Garanzia richiesta **SENZA 730** – Compensazione crediti  **CON 730** – Elaborazione modelli 730   
 5) Modalità di rinnovo:  
 • Automatico (solo per polizze Lloyd's) Si  No   
 • Tacito (solo per polizze Tokio Marine Hcc) Si  No   
 6) Estensione territoriale come da condizioni di polizza:  
 EU, Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino  Mondo Intero escluso USA e Canada

**Sezione C: PRECEDENTI ASSICURATIVI**

7) In caso di polizze precedenti, 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	Data di scadenza (gg/mm/aaaa)	Massimali	Franchigie	Premio Lordo	Anni di continuità assicurativa

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 si, fornire dettagli \_\_\_\_\_

**Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE**

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

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

**In caso di una o più risposte affermative (alle domande 9-10) pregasi compilare la scheda presente a pagina 3.**

**IMPORTANTE**

LIMESTREET SRL si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

LIMESTREET SRL si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è LIMESTREET SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

**AVVERTENZA**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

**DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato il SET INFORMATIVO;
- Di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato l'informativa sulla privacy sopra riportata e la documentazione precontrattuale fornita dall'intermediario.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

Da compilare solo in caso di risposta affermativa alle domande della Sezione D (9-10)

**SEZIONE E: RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEGLI ULTIMI 5 ANNI**

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale sinistro - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

**SEZIONE F: CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE ORIGINE AD UNA FUTURA RICHIESTA DI RISARCIMENTO**

DESCRIZIONE DETTAGLIATA (nominativo danneggiato – data evento – importo richiesto – descrizione accaduto – stato attuale circostanza - altre eventuali informazioni/documentazione a supporto)

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma