

QUESTIONARIO N.

CONTRAENTE	CODICE FISCALE		
INDIRIZZO	P.IVA		
CITTÀ	CAP	PROVINCIA	CITTÀ
ATTIVITÀ ESERCITATA:	AVVOCATO		
ANNO INIZIO ATTIVITÀ:	NUMERO ISCRIZIONE ALBO:	ANNO ISCRIZIONE ALBO:	
FATTURATO DI RIFERIMENTO:	ANNO FATTURATO:		
MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO:			
FRANCHIGIA:			
SCOPERTO PER TUTTI I SINISTRI:			
RETROATTIVITÀ (anni):			

**Tipologia di attività
 Condizioni particolari soggette a pattuizione espressa**
Il Proponente svolge anche le seguenti attività?

ATTIVITÀ	OPERANTE	FATTURATO CONSUNTIVO	FATTURATO PREVENTIVO
FUNZIONI PUBBLICHE	--	--	--
FUNZIONE DI SINDACO	--	--	--
FUNZIONE DI REVISORE CONTABILE	--	--	--
FUNZIONE DI REVISORE CONTABILE IN ENTI PUBBLICI	--	--	--
MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	--	--	--
OCC ORGANISMO PER LA COMPOSIZIONE DELLA CRISI DA SOVRAINDEBITAMENTO	--	--	--
MEMBRO ODV ORGANISMO DI VIGILANZA	--	--	--
ATTIVITÀ FISCALE, TRIBUTARIA	--	--	--
ATTIVITÀ DI AMMINISTRATORE DI STABILI CONDOMINIALI	--	--	--

Soggetti assicurati
Assicurati

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	PARTITA IVA	ANNO INIZIO ATTIVITÀ	ANNO ISCRIZIONE	N. ISCRIZIONE

Sedi Secondarie

VIA	CITTÀ	CAP	PROVINCIA

Informazioni precedenti assicurativi
Il Proponente ha sottoscritto o è stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	DATA INIZIO	DATA SCADENZA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ	PREMIO PAGATO	NUMERO ANNI COPERTURA

Al Proponente sono state rifiutate le seguenti coperture assicurative per la Responsabilità Civile Professionale

COMPAGNIA	ANNO RICHIESTA	MOTIVAZIONE
-----------	----------------	-------------

Informazioni sinistri e circostanze

Sono state avanzate le seguenti richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 (cinque) anni, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	DATA SINISTRO	IMPORTO RICHIESTO	DESCRIZIONE SINISTRO	STATO SINISTRO	DENUNCIATO ALLA COMPAGNIA
-------------	---------------	-------------------	----------------------	----------------	---------------------------

Il Proponente è a conoscenza delle seguenti azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente, anche se non notificate all'Assicuratore

DATA EVENTO	STATO DELL'EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	-------------------	--------------------

A seguito di indagine, il Proponente e/o gli Assicurati risultano essere a conoscenza delle seguenti Circostanze o Eventi che possano dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti del Proponente stesso in relazione all'incarico professionale – Attività di Sindaco/Revisore dei Conti, Amm.re società, Attività OdV 231/2001 (o altro) – indicato nella presente proposta

DATA EVENTO	STATO EVENTO	DESCRIZIONE EVENTO
-------------	--------------	--------------------

Sono stati ricoperti o si ricoprono tutt'ora incarichi di Sindaco o di Amministratore presso le seguenti società sottoposte a procedure concorsuali

SOCIETÀ	PARTITA IVA
---------	-------------

Dichiarazione

Il Proponente autorizzato alla firma del presente Questionario, dichiara:

- (I) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (II) che le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che
- (III) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detto questionario e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare il presente questionario anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente questionario e riconosce che la sottoscrizione del presente preventivo non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Proponente/Contraente.....

Data.....