

Data: 02 gennaio 2025, 13:55:11
Da: antlombardi <antlombardi@pec.cgn.it>
A: ordine@odcecnola.legalmail.it
Oggetto: Presentazione RC professionale commercialista DALLBOGG INS.
Allegato: DALLBOGG.Questionario.RCP.Commercialisti.04-09-24.pdf (813.2 KB)

Spett.le Consiglio ODCEC Nola,

lo scrivente Antonio Lombardi consulente assicurativo (iscr. RUI: E000384953) chiede di poter mettere all'attenzione la tariffa per la tutela della RC professionale commercialista di Dallbogg Insurance, attraverso la semplice messa a disposizione del questionario qui allegato o al canale che ritine più opportuno.

La Compagnia suddetta è operante in Italia dal 2016 con stabilimento capillare, operando anche nel ramo RCA, potendo vantare anche una gestione sinistri più rapida rispetto ai player maggiori in Italia del ramo RC professionale.

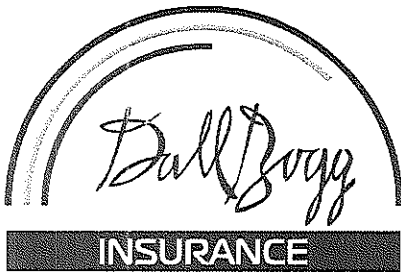
La tariffa risulta vantaggiosa anche per chi dichiara sinistri possibili o pagati da coperture precedenti.

Certo di poter offrire una soluzione vantaggiosa per molti Professionisti oltre a coloro che già si avvalgono della mia consulenza iscritti all'Ordine di Nola stesso.

Per eventuali dubbi e/o chiarimenti resto disponibile

Cordialità

dott. Antonio Lombardi
c.so Campano #153, Marigliano
328 8310 934



MODULO DI PROPOSTA

NOTE IMPORTANTI

La presente Proposta / Questionario Proposta è relativa alla potenziale stipulazione di una polizza di RC PROFESSIONALE in regime di "Claims Made"; il che significa che l'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano rientranti nel perimetro di operatività della Polizza e conseguenti a comportamenti, anche gravemente, colposi, ovvero anche dolosi se posti in essere dai soggetti dei quali l'Assicurato deve rispondere, posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza e non siano già noti all'assicurato.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di fondamentale importanza per gli Assicuratori. Occorre compilare, datare e firmare la presente proposta solo dopo un'attenta analisi delle risposte offerte agli assicuratori in quanto ogni informazione errata, omessa e/o inesatta potrebbe comportare l'annullamento del contratto o la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Si precisa che per "Circostanze già note" (che escludono che le Richieste di Risarcimento conseguenti alle stesse siano indennizzabili in forza della Polizza) si intende: qualsiasi fatto, circostanza o situazione (a titolo esemplificativo una contestazione di responsabilità pur non recante precisa Richiesta di Risarcimento ovvero notizie di censure circa l'operato professionale, atti giudiziari, indagini, multe, sanzioni) che potrebbero determinare, secondo l'id quod plerumque accidit, future Richieste di Risarcimento da parte di terzi e che siano, in qualunque modo, entrate nella sfera di conoscenza dell'Assicurato.

L'assicurato ha l'obbligo, in occasione della richiesta di copertura assicurativa, di fornire all'assicuratore tutte le informazioni a sua conoscenza, in modo veritiero e corretto, e le circostanze potenzialmente idonee alla valutazione del rischio. Le dichiarazioni inesatte, non veritiere o reticenti dell'assicurato, rese con dolo o colpa grave relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio ovvero alla verifica del rischio possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo (artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile) ovvero la nullità stessa del contratto assicurativo (art. 1895 del Codice Civile). Le dichiarazioni non veritiere e reticenti rese con colpa lieve importano il diritto dell'Assicuratore di recedere dal contratto assicurativo.

Le informazioni contenute nel presente Questionario Proposta rappresentano lo strumento essenziale in forza del quale l'Assicuratore assume le informazioni ed i dati per la valutazione del rischio (se ed a che condizioni assumerlo).

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore ogni variazione che dovesse intervenire fra la data di compilazione della Proposta e quella di attivazione della copertura assicurativa.

Le dichiarazioni rese nel presente Questionario / Proposta si considerano rese dall'Assicurato se soggetto diverso / ulteriore.

La Proposta non deve considerarsi vincolante per il proponente in relazione alla conclusione del contratto, fermo quanto sopra.

Il Questionario Proposta diviene parte integrante del contratto assicurativo.



Per ottenere quotazione rispondere a tutte le domande in modo esauriente e in ogni loro parte (ove lo spazio non fosse sufficiente utilizzare il foglio INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE appositamente previsto) indicando "N/A" (non applicabile) ove necessario.

Tipo di attività

Dottore Commercialista

Revisore Contabile

Ragionieri Commercialista

Consulente Tributario

Consulente del lavoro

Altro ()**

- Professionista individuale (ditta individuale) che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio
(compilare punto 1.1 pagina successiva)
- Studio Associato che intende stipulare l'assicurazione soltanto per conto proprio *(compilare punto 1.2 pagina successiva)*
- Studio Associato / Società fra Professionisti che intende stipulare l'assicurazione per proprio conto e per conto di tutti i professionisti che lo compongono (inserire i relativi introiti degli assicurati, fatturato studio più singole partite iva che lo compongono, nel fatturato totale nella tabella-allegato 1).
(compilare punto 1.2 e 1.3 pagina successiva)

(1.1) Nome e Cognome del Proponente _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente _____

Indirizzo del Proponente:

Via _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Data di inizio dell'attività ___/___/___

Anno di iscrizione all'albo ___/___/___

Sito Web: www _____

Indirizzo di posta elettronica: _____ @ _____

Indirizzo PEC: _____ @ _____



Fatturato ultimo anno fiscale: € _____

(1.2) Denominazione in caso di Studio Associato: _____

Partita/Iva e/o Codice Fiscale dello Studio Associato: _____

Indirizzo dello Studio Associato / Società fra Professionisti:

Via _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Sito Web: www _____

Indirizzo di posta elettronica: _____ @ _____

Indirizzo PEC: _____ @ _____ Data

costituzione: ___/___/___

Fatturato ultimo anno fiscale: € _____

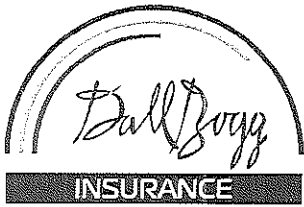
(1.3) In caso di Studio Associato / Associazione Professionale / Società fra Professionisti indicare le generalità per ciascun professionista che si intende assicurare:

NOME E COGNOME	QUALIFICA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

NB: alla voce **fatturato ultimo anno fiscale** si deve indicare il fatturato al netto dell'iva di ogni componente con l'esclusione degli importi e delle Fatture emesse nei confronti dello Studio Associato, dell'Associazione Professionale, della Società fra Professionisti.

NB 2: la copertura può essere concessa – ferma quella in favore dello Studio Associato, dell'Associazione Professionale, della Società fra professionisti, **solo in riferimento ai membri iscritti all'Ordine / Albo di riferimento.**

2. Massimale richiesto



250.000,00 €

2.000.000,00 €

500.000,00 €

2.500.000,00 €

1.000.000,00 €

5.000.000,00 €

1.500.000,00 €

Altro

indicare: € _____

€ 3.000.000,00 (Massimale dedicato al visto di conformità)

Altro (Massimale dedicato al visto di conformità) indicare € _____

3. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?

Sì

No

Se sì, indicare il nome dell'assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza

Nome Assicuratore:

Massimale:

€ _____

Franchigie o Scoperti:

€ _____

Premio Lordo:

€ _____

Scadenza: ___/___/___

Retroattività: _____

4. 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

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili riguardo l'ammontare della perdita o delle richieste di risarcimento, ALLEGANDO



ANCHE LA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

5. 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

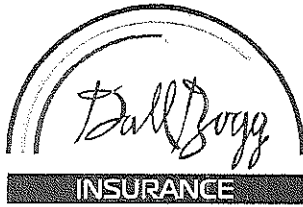
Se sì, fornire dettagli

6. 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

se sì, fornire dettagli



Allegato No.1 Composizione del

fatturato per:

Inserire, per entrambi gli anni, l'attività che si vuole assicurare e il relativo fatturato:

ATTIVITA	CONSUNTIVO ANNO PRECEDENTE	STIMA ANNO CORRENTE
Attività Ordinaria	€	€
Fusioni ed acquisizioni	€	€
Membro del consiglio di amministrazione o amministratore unico	€	€
Membro del collegio sindacale, sindaco unico, revisore legale dei conti	€	€
Membro dell'Organismo di Vigilanza	€	€
Carica di DPO	€	€
Insolvenze, liquidazioni curatele	€	€
Visto pesante di conformità	€	€
Visto leggero di conformità	€	€
Servizi EDP	€	€
Attività di docenza	€	€
Cariche e funzioni pubbliche	€	€
Incarichi presso Ordine o Consiglio	€	€

TOTALE	€	€
---------------	---	---

** Altro (specificare attività/mansioni esercitate)

Estensioni richieste (come definite dei DIP e nelle Condizioni di Assicurazione):

- Interruzione dell'attività di terzi
- Fusioni ed acquisizioni
- Membro del Consiglio di Amministrazione o Amministratore Unico
- Membro del Collegio Sindacale, Sindaco Unico, Revisore Legale dei conti
- Membro dell'Organismo di Vigilanza
- Carica di DPO
- Insolvenze, liquidazioni, curatele
- Responsabilità per la conduzione dello studio / sede dell'attività professionale
- Spese per mitigazione del danno reputazionale
- Indennità giornaliera per comparire in Tribunale
- Periodo di ultrattività



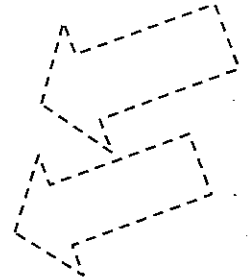
- Visto pesante
- Visto leggero di conformità
- Servizi EDP
- Responsabilità solidale
- Responsabilità solidale in riferimento alle estensioni di garanzia
- Attività di docenza
- Cariche e funzioni pubbliche
- Incarichi presso Ordine o Consiglio

*Che in relazione alle ulteriori cariche / attività cariche di cui alle estensioni, il soggetto all'interno del quale ricopre la carica e/o svolge l'attività non abbia in corso un contenzioso i cui effetti negativi potrebbero essere oggetto di azione di regresso / rivalsa o non abbia ricevuto una richiesta di risarcimento i cui effetti negativi potrebbero essere oggetto di azione di regresso, così come tale situazione non interessa alcuna delle cariche / attività per le quali è stata richiesta l'estensione.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



Allegato No.2

FOGLIO "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE"

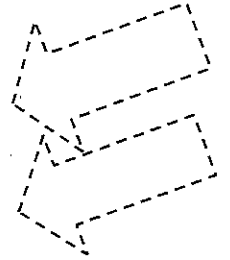
Nel caso gli spazi per le risposte alle domande del questionario non fossero sufficienti, prego utilizzare questo foglio

Data

Nome e funzione di chi firma



Timbro e firma



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, così come dell'eventuale aggravamento del rischio che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.

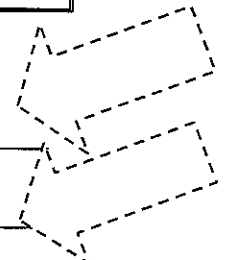
Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore dell'Assicurato e degli altri soggetti assicurati dichiara di avere ricevuto il set informativo, completo di ogni sua parte, nonché ogni modulo e nota informativa – anche in tema di *privacy* – prevista a norme e regolamenti.

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma



IMPORTANTE

Dallbogg Insurance Life & Health si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una nuova dichiarazione di assenza sinistri / circostanze (No Claims Declaration), fermo l'obbligo di aggiornamento di cui sopra