

**POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**  
**ORGANISMI DI CONCILIAZIONE**  
(DECRETO LEGISLATIVO 23-07-2004 n.222 / 04-03-2010 n.28)

MODELLO DI ADESIONE DA COMPILARE ED **INVIARE VIA FAX** ALLO:

<b>Nord ITALIA</b>	<b>02.70.63.90.98</b>
<b>Centro – Sud ITALIA</b>	<b>0971.53.802</b>

<b>COSA ASSICURA</b>	La polizza copre esclusivamente tutti i rischi collegati e comunque derivanti dallo svolgimento del servizio di conciliazione. La polizza tiene indenne l'assicurato e ricomprende ogni somma, nel limite del massimale annuo di 500.000,00 euro che questi sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a cagione del fatto, di errore o di omissione, dell'assicurato o, anche doloso, dei suoi ausiliari e preposti commessi nell'esercizio dell'attività connessa al servizio di conciliazione, nonché per le conseguenze patrimoniali comunque derivanti, a qualsiasi titolo, dallo svolgimento del servizio medesimo.
----------------------	--

**Organo Collegiale che intende stipulare l'assicurazione per conto dei propri componenti**

Riferimenti del Proponente/Contraente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Partita Iva e/o Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Anno di inizio dell'attività | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | Anno di iscrizione | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

SitoWeb \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<b>CLASSI DI FATTURATO</b>	<b>PREMIO ANNUO FINITO</b>	<b>CROCETTARE LA FASCIA D'INTERESSE</b>
Euro 0 – 50.000	<b>€ 1.100,00</b>	<input type="checkbox"/>
Euro 50.001 – 100.000	<b>€ 1.600,00</b>	<input type="checkbox"/>
Oltre Euro 100.000	<b>R.D.</b>	<input type="checkbox"/>

**Gli importi sono comprensivi di: Polizza RC, Assistenza e Consulenza, Oneri di spedizione polizza**

**GARANZIE SEMPRE OPERANTI:**

• Massimale: Euro 500.000,00 per sinistro e anno	• Postuma 2 anni	• RC dipendenti
• Franchigia fissa: € 1.500,00 per ogni sinistro	• Tacito rinnovo	• Conduzione studio

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

**Firma del Proponente/Contraente** \_\_\_\_\_

**Ai fini della sottoscrizione, Vi preghiamo di inviarci tutti i fogli compilati - pag. tot. 06 -**

**STUDIO LOSASSO BROKER SRL**

Sede legale: Via G. Rossini, 12 – 85100 POTENZA – Tel. 0971.19.40.635

Ufficio di rappresentanza: Via B. Spinoza, 2 – 20131 MILANO – Tel. 02.23.66.46.08

[www.studiolosassobroker.com](http://www.studiolosassobroker.com) – [info@studiolosassobroker.com](mailto:info@studiolosassobroker.com)

Iscrizione R.U.I. B000064629 – P. Iva 01644640769 – REA Potenza n.12400



# Responsabilità civile Professionale

Professional Indemnity Insurance  
Questionario / Proposal Form

## Avviso Importante / Important Notice

Questa proposta deve essere compilata in inchiostro da un socio, consigliere o dirigente della Società proponente. La quotazione è subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio / This Proposal Form must be completed in ink by a Partner, Principal or Director of the Firm. The quotation is subject to assessment of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and any further documentation or information underwriters deem necessary to evaluate the risk correctly.

È di estrema importanza che il Proponente sia a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione così che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il Vostro Broker poichè ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali risarcimenti o potrebbe causare l'annullamento della polizza stessa / It is fundamental that the Proposer is aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your local broker as any erroneous or inaccurate information could compromise any indemnification or could lead to cancellation of the policy.  
Si prega di allegare brochures della Società / Please enclose any brochures issued by the Firm.

### 1. INFORMAZIONI GENERALI / GENERAL INFORMATION

1.1 Nome della Società da assicurare (compreso il nome di Società precedenti per le quali sia richiesta assicurazione) / Name of the Firm to be insured (including any former Firm for which cover is required): \_\_\_\_\_

1.2 Attività professionale della Società / Professional business of the Firm : \_\_\_\_\_

1.3 Partita Iva \_\_\_\_\_

1.4 (a) Data di inizio attività della Società attuale / Date of commencement of current Firm: \_\_\_\_\_

(b) Data di inizio e cessazione attività della Società precedente / Date of commencement and cessation of former Firm: \_\_\_\_\_

(c) Ragioni per la cessazione della Società / Reason for cessation of former Firm: \_\_\_\_\_

1.4 Indirizzo della Società (tutti gli indirizzi devono essere accompagnati dal nome del responsabile della Società per i relativi uffici) / Address of Firm (all addresses must be shown, together with the name of the person responsible for work at each office):

1.5	(a) Nome completo di tutti i Dirigenti/Socil/ Amministratori / Names in full of all Directors/Partners/ Principals	Qualifiche / Qualifications	Data di nomina / Date obtained	Da quanto tempo Dirigente/Socio/ Amministratore della Società attuale / How long Director/Partner/ Principal of this firm	Se da meno di 5 anni in carica presso la Società Proponente, fornire dettagli di attività precedenti / If less than 5 years experience in current occupation give details of previous occupations

**(b) Se Amministratore unico della Società Proponente, specificare se trattasi di attività part time / If sole Director/Partner/Principal please specify if this is a part time occupation** Si/Yes  No/No

**Se SI, fornire dettagli dell'attività principale / If YES, please give brief details of current full time occupation.**

**1.6 Indicare numero totale di / Please give total number of:**

- (a) **Consiglieri d'Amministrazione/Socî / Directors/Partners/Principals**
- (b) **Dirigenti qualificati / Qualified Managers**
- (c) **Altro personale (escl. Amministrativo) / Other Staff (excl. Administrative staff.)**
- (d) **Personale Amministrativo (dattilografi etc.) / Administrative Staff (typists, etc)**
- (e) **Personale part time – lavoratori autonomi / Part-time agency staff - self employed persons**

**1.7 (a) Fornire descrizione completa delle attività della Società e indicare le percentuali degli introiti/parcelle relativi alle diverse attività / Give a full description of the Firm's activities and indicate the approximate percentage of gross income/fees received from each activity.**

**(b) Siete coinvolti in processi di produzione, costruzione, alterazione, installazione, vendita o fornitura di materiale e attrezzature, oltre che per pura attività di consulenza come sopra descritto? / Are you involved in any process of manufacture, construction, alteration, repair, installation, sale or supply of materials and equipment, other than in a pure consultancy capacity as described above?**

Si/Yes  No/No

**Se SI, fornire dettagli / If YES please supply full details.**

**(c) Prevedete cambiamenti nelle vostre attività nei prossimi 12 mesi? / Do you anticipate any major changes in your activities in the next twelve months?**

Si/Yes  No/No

**Se SI, fornire dettagli / If YES, please supply full details.**

**1.8 (a) E' la Società o suoi Dirigenti/Socî/Amministratori membri di Consorzi o Associazioni d'Impresa? / Is the Firm or any Director/Partner/Principal a member of a consortium or joint venture?**

Si/Yes  No/No

**(b) E' stata in passato la Società o suoi Dirigenti/Socî/Amministratori membri di Consorzi o Associazioni d'Impresa? / Has the Firm or any Director/Partner/Principal previously been a member of a consortium or joint venture?**

Si/Yes  No/No

**N.B. Consorzi e Associazioni d'Impresa sono esclusi; se la risposta ad "a o "b" è SI, accordi speciali vanno stipulati con gli Assicuratori; si prega di fornire nome del Consorzio o Associazioni d'Impresa, data di formazione, nomi degli altri membri e rispettive funzioni, copia di Contratti e/o accordi / Consortia and joint ventures are excluded. If the answer to (a) or (b) is YES special arrangements must be made with the Insurers. Please provide the name of the consortium or joint venture, the date of formation, the names of the other members and their respective capacities in the consortium or joint venture and copies of any contracts or agreements.**

**1.9 Avete attività che comprendono lavori all'estero, direttamente o indirettamente? / Do any activities involve overseas work whether directly or indirectly?**

Si/Yes  No/No

**Se SI, fornire dettagli, compresi fatturato, introito o parcelle derivanti da tali attività / If YES, give full details, including proportion of turnover, income or fees derived from this work.**

**1.10 (a) La Società stipula/partecipa ad accordi scritti, condizioni di contratto scritte, lettere di mandato all'infuori delle usuali condizioni contrattuali, accordi, mandati o servizi normalmente applicati nell'attività descritta al precedente punto 1.2? / Does the Firm enter into any written Agreements or operate under any published conditions of engagement or letter of appointment outside the usual contractual or implied conditions of engagement or service for the professional business of the Firm as described in Question 1.2?**

Si/Yes  No/No

**Se SI, fornire dettagli e copie di tali accordi / If YES, please please supply full details and enclose copies.**

**(b) La Società pubblica/distribuisce brochures o libretti descrittivi dei propri servizi? / Does the Firm issue any brochures/literature, etc. describing or offering the services of the Firm?**

Si/Yes  No/No

**Se SI, allegare copie / If YES, please enclose copies.**

1.11 E' alcun lavoro del quale siate responsabili (nel più ampio significato possibile) affidato a persone non dipendenti della Società? Is any work for which you are responsible (in the widest possible meaning of the term) carried out by person who is not an employee of the Firm?

Si/Yes  No/No

Se SI, indicare / If YES, please state

- (a) brevi dettagli dei lavori a loro affidati / brief details of work carried out by them:
- (b) provvedimenti presi per accertarVi che tali non-dipendenti abbiano in forza un'adeguata copertura assicurativa per i suddetti lavori / what steps you have taken to ascertain whether they carry and maintain adequate insurance to cover their liability for such work:
- (c) il massimale assicurato da tale Polizza/e / the amount of the indemnity provided by that insurance/s:
- (d) la percentuale di introiti/parcelle lordi della Società pagata a tali persone / the percentage of the Firm's gross income/fees paid to such persons:

1.12 (a) Ha la Società o alcuno dei suoi Dirigenti/Socii/Amministratori associazioni o interessi finanziari in altre Società o organizzazioni (diverse da quote o azioni di Società quotate pubblicamente)? / Does the Firm or any Director/Partner/Principal have an association with or a financial interest in any other firm or organisation (other than as a share or stockholder in a Publicly Quoted Company)?

Si/Yes  No/No

(b) Ha avuto in passato la Società o alcuno dei suoi Dirigenti/Socii/Amministratori associazioni o interessi finanziari in altre Società o organizzazioni (diverse da quote o azioni di Società quotate pubblicamente)? / Has the Firm or any Director/Partner/Principal had an association with or a financial interest in any other firm or organisation (other than as a share or stockholder in a Publicly Quoted Company)?

Si/Yes  No/No

Se la risposta ad "a" o "b" è SI, indicare dettagli della natura dell'associazione o interesse con date, nomi, attività e indirizzi dell'altra Società/organizzazione / If the answer to (a) or (b) is YES, give full details of the nature of the association or interest together with the dates, names, businesses and addresses of the firms and/or organisations.

## 2. INFORMAZIONI FINANZIARE / FINANCIAL INFORMATION

2.1 Totale lordo degli introiti fatturati per ciascuno dei passati 5 anni / Total Gross Fees invoiced for each of the past 5 years

ITALIA / ITALY

€ \_\_\_\_\_ 2009  
€ \_\_\_\_\_ 2008  
€ \_\_\_\_\_ 2007  
€ \_\_\_\_\_ 2006  
€ \_\_\_\_\_ 2005

ESTERO / ABROAD

€ \_\_\_\_\_ 2009  
€ \_\_\_\_\_ 2008  
€ \_\_\_\_\_ 2007  
€ \_\_\_\_\_ 2006  
€ \_\_\_\_\_ 2005

2.2 Introiti lordi previsti per il corrente esercizio finanziario non concluso / Estimated gross fees for the current ncomplete financial year

€ \_\_\_\_\_

2.3 Introiti lordi previsti per il prossimo esercizio finanziario/ Estimated fees/turnover for the next financial year

€ \_\_\_\_\_

2.4 L'introito maggiore annuale ricevuto da un singolo cliente / Largest annual fee received from any one client

€ \_\_\_\_\_

2.5 Indicare la data di termine del Vostro esercizio finanziario / Please specify the date of your financial year end

N.B. Le Vostre risposte verranno trattate con la massima discrezione e solo per conoscenza degli Assicuratori / Your reply to this question will be treated in the strictest of confidence and purely for Insurers' purposes.

### 3. GARANZIE RICHIESTE / COVER REQUIRED

3.1 Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo / Limit of Indemnity any one claim and in the annual aggregate:

€500,000  €1,000,000  €1,500,000  €2,000,000  €2,500,000  €5,000,000  €\_\_\_\_\_

Franchigia richiesta / Deductible requested: €\_\_\_\_\_

3.3 Richiedete che la presente assicurazione dia copertura per azioni legali iniziate / Do you require this insurance to provide protection for legal actions first brought:

(a) solo in tribunali italiani? / only in the Courts of Italy? Si/Yes  No/No

(b) in tribunali italiani e della Comunità Europea? / in the Courts of Italy and the European Community? Si/Yes  No/No

(c) in tribunali ovunque nel mondo con esclusione di U.S.A. e Canada / in Courts anywhere in the world other than the U. S.A. and Canada Si/Yes  No/No

(d) ovunque nel mondo / anywhere in the world Si/Yes  No/No

**N.B. Non presumete che sia impossibile venire portati in giudizio in U.S.A. o Canada, è consigliabile chiedere un parere legale prima di rispondere a questa domanda / Do not assume you cannot be sued in the U.S.A. or Canada. It is recommended that you seek professional advice before answering this question.**

3.4 Richiedete alcuna delle seguenti estensioni? / Do you require any of the following extensions?

Ingiuria e Diffamazione / Libel and Slander

Disonestà/Infedeltà dei dipendenti / Dishonesty of Employees

Perdita di documenti / Loss of documents

Violazione non intenzionale dei diritti d'autore / Unintentional breach of copyright

Violazione non intenzionale del segreto d'ufficio / Unintentional breach of Confidentiality

Retroattività (numero di anni richiesti) / Retroactivity (number of years required)

3.5 Si richiede copertura per la Responsabilità Civile verso Terzi - Conduzione dello Studio? / Is cover in respect of Third Party Liability required? Si/Yes  No/No

In caso affermativo con quale massimale? / If yes, please indicate the Limits of Indemnity required

EUR 250,000

EUR 500,000

Stesso massimale richiesto per la copertura RC Professionale/ same Limits required in respect of PI cover

### 4. SINISTRI E CIRCOSTANZE / CLAIMS AND CIRCUMSTANCES

4.1 La Società Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza? / Is the Proposer aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy? Si/Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / If Yes, please attach details.

4.2 Indicare se la Società Proponente o i suoi attuali o precedenti Socii/Dirigenti/Amministratori hanno mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni / Has the Proposer or any of its current Directors/Partners/Principals had any PI claim in the past 5 years? Si/Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / If Yes, please attach details.

## 5. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI / OTHER INSURANCES AND PREVIOUS INSURERS

5.1 **Esiste altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale della Società Proponente? / Is there another PI Insurance policy covering the Proposer?**

Si/Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli / If Yes, please give details.

5.2 **Il Proponente è mai stato assicurato per la Responsabilità Civile Professionale? / Has the Proposer ever had PI cover?**

Si/Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, si prega di indicare / If Yes, please specify:

(a) **Nome degli Assicuratori / Name of Insurers** \_\_\_\_\_

(b) **Massimale assicurato / Limits of Indemnity** € \_\_\_\_\_

(c) **Franchigia / Excess** € \_\_\_\_\_

(d) **Data di scadenza / Expiry date** \_\_\_\_\_

(e) **Numero di anni di copertura precedente continua / Number of years of continuous previous insurance** \_\_\_\_\_

**NB. Se non assicurati attualmente, indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati / If not currently insured, please give these details relative to the latest year that insurance was carried.**

5.3 **E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo alla Società Proponente o ai suoi attuali o precedenti Socii/Dirigenti/ Amministratori? / Have the Proposer or its current Directors/Partners/Principals been refused insurance similar to that now being requested?:**

Si/Yes  No/No

In caso di risposta affermativa, fornire allegato / If Yes, please attach details

## 6. DICHIARAZIONE / DECLARATION

**Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi / The Proposer declares on his/her behalf and on behalf of all individuals to be insured that:**

**a) di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi / to the best of his/her knowledge and belief, no claim has been made in the last five years up to 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 / to the best of his/her knowledge and belief, he/she is not aware of any fact or circumstance that could give rise to damages to third parties or to a claim for compensation from third parties**

**c) che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità / the information in this questionnaire is truthful**

**d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio / no information that could influence the valuation of this risk has been withheld**

**e) di comprendere e sottoscrivere che questa proposta, così come ogni altra informazione fornita formerà parte integrante del contratto assicurativo / he/she understand and agree that this Proposal and any other information supplied shall form the basis of the contract of Insurance effected thereon**

**f) di impegnarsi a informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione delle informazioni contenute in questa proposta e negli eventuali allegati / he/she undertakes to inform Insurers immediately of any material change of the information supplied in this Proposal and its attachments**

**Firma / Signature:** \_\_\_\_\_

**Nome, cognome e carica / Printed name and position held:** \_\_\_\_\_

**Società / Firm** \_\_\_\_\_

**Data / Date:** \_\_\_\_\_