



Professional Liability Proposal Form (Accountants)

Questionario – Proposta (Commercialista ed esperto contabile/consulente del lavoro/revisore legale)

Important Information

Informazione importante

This proposal form must be fully completed. All questions must be answered YES. In case of a negative answer, please give profuse and necessary details about it. However, it does not bind you or Underwriters to enter into any contract of insurance until the proposal form signed and dated is satisfactory received and approved by the underwriters at their sole discretion.

All facts material to the proposed insurance must be disclosed, fully and truthfully to the best of your knowledge and belief. Failure to do so may make the contract of insurance voidable or severely prejudice your rights in the event of a claim. A material fact is one likely to influence Underwriters' assessment or acceptance of the proposal.

Il seguente questionario - proposta deve essere riempito in ogni sua parte. Si prega di rispondere a tutte le domande. In caso di risposta negativa (NO), si prega di dare tutti i dettagli necessari. In ogni caso, la compilazione del questionario – proposta non impegna né il proponente né gli Assicuratori a stipulare il contratto di assicurazione fino a quando tale questionario- proposta non venga ricevuto e approvato dagli Assicuratori. Tutti i fatti e le circostanze relative alla presente proposta di assicurazione devono essere quanto il più possibile completamente rivelati e comunicati agli Assicuratori al fine di non pregiudicare i diritti del proponente-assicurato in caso di sinistro. Un fatto o circostanza rilevante è tale quando in grado di influenzare il giudizio e l'accettazione del rischio da parte degli Assicuratori.

Proposer Details

Dettagli del proponente

Insured / Proposer
Assicurato/Proponente

Practice title (s)
Titolo professionale

Principal Address
Indirizzo

Fiscal Identification Number
Codice Fiscale

Establishment / License obtained
Anno registrazione albo, se applicabile

Registration body

Denominazione albo/registro	
Web site Sito web	
Description of activities Breve descrizione attività	

Risk questions

Dettagli del rischio

		Yes	No
1	Total turnover below €2.5M? Please detail your income. <i>Il fatturato totale è inferiore ad €2.5M? Si prega di fornire dettagli.</i>		
2	No Incomes from UK/US and more than 70.00% of the incomes coming from Italy? <i>Non ci sono redditi provenienti dal Regno Unito/USA e più del 70.00% dei redditi proviene dall'Italia?</i>		
3	Are you licensed to practice in accordance with the appropriate regulatory body? <i>Il proponente è autorizzato a esercitare la propria professione in linea con le previsioni dell'albo professionale?</i>		
4	The income from your largest single client is less than 25.00%? <i>Il reddito derivante dal cliente più importante è inferiore al 25.00% del totale?</i>		
5	The incomes from tax, pension plans, investment, employees benefits, insurance actuarial practice advisory is less than 25.00%? <i>Il fatturato derivante da attività di consulenza fiscale, fondi pensione, di investimento, assistenza per i dipendenti, consulenza attuariale, non supera il 25.00% del fatturato totale?</i>		
6	In the last 5 years no services have been delivered for financial institutions, listed companies, governmental entities, or in capital markets? <i>Il proponente dichiara che negli ultimi 5 anni non è stato offerto alcun servizio a istituzioni finanziarie, società quotate, enti governativi o mercati dei capitali?</i>		
7	No annual accounts restatements during the last 5 years <i>Il proponente dichiara che nessun ravvedimento di bilancio è stato effettuato negli ultimi 5 anni</i>		
8	Does the proposer declare that no claims have occurred, settlements have been made due to errors and omissions or professional negligence in the last five years? <i>Il proponente dichiara che non vi sono state richieste di risarcimento ne' sinistri liquidati a causa di errori e omissioni o negligenza professionale negli ultimi cinque anni?</i>		
9	Does the proposer declare that is not aware of any fact or circumstance that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission in the last five years? <i>Il proponente dichiara di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero causare richieste di risarcimento per negligenza professionale, errori od omissioni nel corso degli ultimi cinque anni?</i>		

Limit of indemnity, deductible, retroactivity

Limiti di indennizzo, franchigia, retroattività

Limit 1/ Limite 1:	Deductible 1/ Franchigia 1:	Retroatvity 1 /Retro 1:
Limit 2/ Limite 2:	Deductible 2/ Franchigia 2:	Retroatvity 2 /Retro 2:
Limit 2/ Limite 3:	Deductible 3/ Franchigia 3:	Retroatvity 3 /Retro 3:

Previous insurance coverage

Precedente copertura assicurativa

Has your Practice or any prior Practice ever been insured? If yes, provide details: È Il suo studio, o suoi studi precedenti, mai stato assicurato? Se sì, si prega di fornire i dettagli:			Yes	No
Insurance company Compagnia:	Limit Limite: Eur	Premium Premio: Eur	Deductible Franchigia: Eur	
Expiring date: Data di scadenza:	Reason for leaving: Ragione per cui si desidera cambiare compagnia:			

Employees

Dettaglio impiegati

Partners: Partners:	
Qualified Staff: Personale qualificato:	
Administrative staff: Personale amministrativo:	
Others: Altri:	

Incomes

Fatturato

Per discipline (%) Per disciplina (%)	Accountancy Contabilità	Audit and Company tax Audit/Materia fiscal	Book keeping & Payroll Contabilità/Libro paga
	Company secretarial/ Sindaco	Company Register Registro delle imprese	Insolvencies & Liquidations Insolvenze/Liquidazioni
	Mergers & Acquisitions Fusioni/Acquisizioni	Directorship & Trusteeship Amministrazione fiduciaria	Management Consultancy Consulenza Manageriale

	Personal Tax <i>Imposte personali</i>		
Total Incomes <i>Fatturato totale:</i>	Eur		
Expected changes next year? <i>Si prevede una differenza nel prossimo anno? Prego fornire un dettaglio</i>			

Coverage

Condizioni particolari

A - Internal Statutory Auditor or External Statutory Auditor <i>Sindaco di società o altri enti/Revisore Legale</i>	
B –Board Member in corporations or bodies <i>Attività di Consigliere di Amministrazione in società di capitali o enti</i>	
C –Member of Supervisory Board in corporations or Bodies <i>Attività di membro di Organo di Vigilanza in società di capitali o Enti</i>	
D - Liquidator or Receiver <i>Insolvenze, liquidazioni e curatele</i>	
E - Heavy approval” <i>Visto Pesante</i>	
F - Light approval” <i>Visto Leggero</i>	
G – M&A <i>Fusioni e acquisizioni</i>	
H - Obligation to assume joint and several liability <i>Vincolo di solidarietà</i>	
I – Administrator of condominium <i>Attività di amministratore di stabili</i>	
J - Management of the Studio <i>Conduzione dello studio</i>	

We declare that the statements and particulars in this proposal are true and that no material facts have been mis-stated or suppressed. I/We agree that this proposal, together with any other information supplied shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I/ We undertake to inform the Insurers of any material alteration to those facts occurring before the completion of the contract of insurance.

Il proponente dichiara che le affermazioni e informazioni redatte nel questionario-proposta sono vere e che nessun fatto rilevante è stato omissso o alterato. Il proponente altresì riconosce che il questionario – proposta e le informazioni fornite costituiscono la base dell'eventuale contratto di assicurazione. Il proponente si impegna ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni

eventuale materiale variazione delle informazioni fornite prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione

Name/ Nome e Cognome:

Title/Titolo di chi firma (se applicabile):

Date/Data:

Signature/Firma:

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671