

QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE CONSULENTI DEL LAVORO

Istruzioni per il Richiedente:

A. Fornire una risposta completa a tutte le domande. Le risposte fornite di seguito sono considerate giuridicamente pertinenti per la valutazione di sottoscrizione. In caso di inapplicabilità di una domanda, indicare N/A. Qualora fosse necessario maggiore spazio per rispondere alla domanda, allegare ulteriori fogli contrassegnati dal numero della domanda.

In caso di variazione sostanziale nelle risposte alle domande del presente questionario entro la data di inizio della polizza, il Richiedente è tenuto a informare immediatamente l'Assicuratore per iscritto il quale si riserva il diritto di modificare o annullare qualsivoglia preventivo.

B. Si prega di allegare le seguenti informazioni:

- Il presente questionario, interamente compilato, sottoscritto e datato da un responsabile. È necessario firmare anche qualsiasi foglio separato.
- Informazioni dettagliate su tutte le richieste di risarcimento ricevute dallo Studio e/o dalle società dallo stesso acquisite e su tutte le situazioni che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento.

Sezione I – DETTAGLI GENERALI

1. Informazioni sul richiedente:

Nome e indirizzo:	
Indirizzo sito web	
Anno di costituzione (data di nascita se studio individuale):	
Natura dell'organizzazione (individuale, studio associato, società di servizi, altro – specificare):	

Sezione II– SOCI E DIPENDENTI

2. Specificare le seguenti informazioni:

Numero di Soci:	Numero di consulenti del lavoro	Numero di altri collaboratori:

Sezione III– ATTIVITA'

4. Specificare gli onorari degli ultimi tre anni con ripartizione percentuale per area geografica:

Anno	Fatturato Consuntivo (€)	Italia (%):	Usa e Canada (%)	Resto del mondo (%)

5. Specificare la percentuale degli onorari relativa alle seguenti aree di attività:

Consulenza in materia di lavoro	%
Consulenza pensionistica	%
Contabilità	%
Gestione di Fondi	%
Altro (si prega di specificare): _____	%
TOTALE	100 %

Sezione III– GESTIONE DEL RISCHIO

6. E' in essere un sistema per rispettare le scadenze (registri/sistema di controllo temporale):

Sì No

7. Siete mai stati sottoposti a qualsiasi forma di azione disciplinare da parte dell'Ordine professionale?

Se sì, specificare

--

8. Fornite consulenza a clienti che operano nell'Entertainment (Radio, TV, Spettacolo, ecc) o nello sport (Società Sportive, Procuratori / Manager Sportivi, Sportivi professionisti, ecc)?

Sì No

Nome Cliente	Settore Attività

Sezione V – SINISTRI

9. Negli ultimi cinque anni avete ricevuto richieste di risarcimento o siete stati coinvolti in procedimenti civili, penali o amministrativi attenenti la vostra attività professionale?

Sì No

Se sì, allegare dettagli esaustivi.

10. Siete a conoscenza di fatti e/o circostanze che possono portare ad una richiesta di risarcimento o ad un coinvolgimento in procedimenti civili, penali o amministrativi?

Sì No

Se sì, allegare dettagli esaustivi.

11. Al Richiedente è stata mai respinta o rifiutata in fase di rinnovo qualche copertura assicurativa per responsabilità civile professionale, oppure l'assicuratore ha mai annullato qualche copertura assicurativa per responsabilità civile professionale durante gli ultimi cinque anni?

Sì No

Se sì, allegare i dettagli.

Sezione VI - COPERTURA ASSICURATIVA

12. Il Richiedente (o qualsivoglia soggetto da assicurare) ha in corso una copertura assicurativa per responsabilità civile professionale?

Sì No

Se sì, specificare:

Limite di risarcimento:	
Franchigia:	
Data di scadenza:	

Premio:	
---------	--

Con riferimento alla copertura richiesta, specificare quanto segue:

Limite di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo:	
Franchigia per sinistro: <input type="checkbox"/> €2.500,00 <input type="checkbox"/> €5.000,00 <input type="checkbox"/> €7.500,00 <input type="checkbox"/> €15.000,00 <input type="checkbox"/> €25.000,00	
Retroattività: <input type="checkbox"/> Illimitata <input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 2 anni <input type="checkbox"/> No retroattività	
Estensione attività di Mediazione:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Estensione Visto di Conformità:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Responsabilità Solidale:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Sezione VII – ALLEGATI

13. Il sottoscritto per conto del Richiedente dichiara con il presente di essere autorizzato/a a rilasciare le seguenti dichiarazioni e affermazioni per conto del Richiedente.

Si dichiara che le precedenti risposte, asserzioni e specificazioni del presente questionario sono complete e veritiere, e che nessun fatto materiale è stato rimosso, omesso o travisato.

Il Richiedente ha svolto indagini specifiche presso l'azienda/società in merito alla conoscenza di ogni questione passibile di dare origine ad un sinistro contro il Richiedente in futuro. Tutti gli interpellati hanno dato risposta negativa, oppure laddove abbiano risposto in maniera non negativa, le questioni identificate sono state segnalate all'Assicuratore. Tutte le questioni sono elencate nelle integrazioni al presente questionario e il Richiedente riconosce, comprende e conviene che ogni sinistro derivante da tali questioni sarà escluso dalla polizza oggetto di richiesta e da qualsivoglia rinnovo di tale Polizza.

Si conviene che il presente questionario, insieme a qualsivoglia altra informazione da noi fornita, formerà la base del contratto, nel caso in cui venga emessa una polizza, e che sarà allegato alla polizza della quale formerà parte integrante.

La sottoscrizione del presente questionario non vincola il Richiedente o l'Assicuratore a finalizzare l'assicurazione.

Data e luogo:	
Firma:	
Nome e Posizione:	

Ha mai ricoperto la carica di Sindaco/Amministratore/Revisore dei Conti/Membro dell'OdV in Società od altri Enti che siano stati sottoposti, anche successivamente alla cessazione della carica, ad una o più delle procedure previste dal R.D. 16/03/1942 n. 267 ("Disciplina del fallimento, del concordato preventivo, dell'amministrazione controllata e della liquidazione coatta amministrativa") o dal D.L. 30/01/1979 n. 26 ("Provvedimenti urgenti per l'amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi") convertito in Legge 03/04/1979 n. 95, OVVERO A PROCEDURE ANALOGHE ?

no si

Se sì, quali?

Qual e' stato l'ammontare dei proventi per l'attività di sindaco/amministratore/revisore dei conti/membro dell'OdV negli ultimi tre esercizi ?

Anno

.....

.....

.....

Alla data di compilazione del presente questionario è a conoscenza di circostanze o situazioni che potrebbero determinare nei Suoi confronti, ovvero dei collaboratori dei quali si avvale, richieste di risarcimento conseguenti allo svolgimento della funzione di Sindaco/Amministratore/Revisore dei Conti/Membro dell'Odv?

no si

.....

Alla data di compilazione del presente questionario è a conoscenza del fatto vi siano società, tra quelle società nelle quali svolge/ha svolto in passato l'attività di Sindaco/Amministratore/Revisore dei Conti/Membro dell'Odv, che intendono accedere a procedure concorsuali nei prossimi 12 mesi?

no si

Se sì, quali?

Data di compilazione

Firma:	
Nome e Posizione:	

