

Questionario Mod. 3703 - Professione libera dedicato ai Commercialisti



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.
 Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
 Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC axaassicurazioni@axa.legalmail.it
 Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato
 Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi C. F. n. 00902170018
 P.IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311
 Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C.
 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025
 Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'albo Gruppi IVASS n. 041

agenzia	codice	
allegato n.	ramo	polizza n.

Dati del Cliente		
Anagrafica Cliente professionista e/o Studio professionale Associato	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo del Cliente	Comune	C.A.P.
Data di iscrizione all'albo Professionista	Provincia di iscrizione	Data inizio attività Professionista o Studio Associato
Sito web		

Modalità di esercizio della professione al momento della compilazione		
<input type="checkbox"/> Num. Professionisti	<input type="checkbox"/> Num. Praticanti	<input type="checkbox"/> Num. Dipendenti

In caso di studio Associato elencare i Soci / collaboratori da assicurare				
Cognome e Nome	Codice Fiscale / P. Iva	Attività Professionale	Ruolo Professionale	Fatturato
Si richiede la copertura per l'attività svolta dai soggetti di cui sopra, a titolo individuale su propria p. Iva?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Elaborazione Dati		
Si richiede la copertura per società di elaborazione elettronica dei dati? <i>(in caso affermativo indicare)</i>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ragione Sociale e Sede legale	Partita Iva	Fatturato

Massimale richiesto				
<input type="checkbox"/> 250.000,00	<input type="checkbox"/> 500.000,00	<input type="checkbox"/> 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> 1.500.000,00	<input type="checkbox"/> Altro

Informazioni sul Fatturato			
Fatturato	Esercizio in corso (stimato) €	Ultimo esercizio Finanziario €	Penultimo esercizio Finanziario €
Fatturato annuo Cliente professionista e/o Studio professionale Associato			
Di cui relativo alle attività di Sindaco, Revisore dei Conti, Amministratore, Membro Organo di vigilanza			

Precedenti Assicurativi						
Voglia indicare eventuali precedenti assicurativi						
Effetto	Scadenza	Assicuratore	Massimale	Franchigia	Premio	Retroattività
Motivi della cessazione del precedente rapporto assicurativo:						

Questionario Mod. 3703 - Professione libera dedicato ai Commercialisti

Richieste risarcimento e/o circostanze		
Per quanto potete sapere e supporre, negli ultimi 5 anni sono mai state avanzate richieste di risarcimento nei confronti del proponente o degli assicurati o nei confronti di uno qualsiasi dei Soci per l'attività personale svolta con propria partita Iva?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</i>		
A seguito di indagine, il titolare o uno dei soci risulta essere a conoscenza di qualsiasi circostanza o evento che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti del Proponente o di uno qualsiasi degli assicurati ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>In caso affermativo fornire informazioni dettagliate:</i>		
Ha mai ricevuto richieste risarcitorie o avvisi di garanzia inerenti errori professionali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È mai incorso in procedure o provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Estensioni Richieste				
Si richiede estensione di copertura "Visto di conformità – visto leggero"?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso affermativo indicare Nominativo e Codice Fiscale dei professionisti abilitati ad apporre visto di conformità				
Cognome e Nome	Codice Fiscale / P. Iva	Cognome e Nome	Codice Fiscale / P. Iva	
Si richiede estensione di copertura "Visto pesante"?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si richiede estensione di copertura per l'attività di Sindaco, Revisore dei Conti?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si richiede estensione di copertura per l'attività di Amministratore?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si richiede estensione RCT/O (conduzione ufficio)			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si richiede estensione di copertura per l'attività Odv 231?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa il proponente è o è stato in passato Sindaco o Revisore dei Conti in società o Enti che durante o successivamente all'espletamento dell'incarico siano stati sottoposti a:				
procedure concorsuali previste dal R.D. 267/42			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
procedura di amministrazione straordinaria di cui la Legge 95/79 (e successive modificazioni/integrazioni)			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta affermativa si prega di fornire dettagli in merito alla data dell'evento e alla sua tipologia				

Dichiarazioni conclusive del Cliente
<p><i>Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.</i></p> <p><i>Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.</i></p> <p><i>Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.</i></p> <p><i>Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy sintetica facente parte del presente questionario.</i></p>

Nel contempo il Cliente si impegna a comunicare ad AXA Assicurazioni l'avvenuta autorizzazione al rilascio del Visto di conformità.

Luogo e data

Il Cliente / Assicurando

Questionario Mod. 3703 - Professione libera dedicato ai Commercialisti



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA

Chi decide perché e come trattare i dati?	AXA Assicurazioni S.p.A. , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	a) Finalità assicurativa I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. Senza i dati non potranno essere forniti i servizi assicurativi.
A chi sono comunicati i dati?	I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati: <ul style="list-style-type: none"> - Dipendenti e collaboratori; - Società terze che trattano i dati per conto del Titolare; - Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria; - altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari. In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy, richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio, l'interessato può scrivere a: AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 12 mesi dalla compilazione del questionario, qualora lo stesso non si sia trasformato in preventivo e/o polizza, si procederà alla cancellazione dei dati.
Informazioni aggiuntive	L'informativa dettagliata è disponibile sul sito www.axa.it nella sezione Privacy.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
 Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it
 Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

In riferimento alle informazioni suindicate, è stato sottoscritto il contratto n. (Mod.)
Presso l'Agenzia di (Cod.)