

**RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
COMMERCIALISTI
QUESTIONARIO**



- Si prega di rispondere pienamente a tutte le domande. Alle domande che non riguardano la vostra attività, si prega di rispondere (comunque) come "non applicabile".
- Se lo spazio è insufficiente, si prega di fornire dettagli sulla vostra carta intestata
- Si prega di fornire (se disponibile) una brochure

DETTAGLI DEL RICHIEDENTE

1. Nome(i), (compresi i nomi commerciali) di tutte le entità da assicurare :

2. Indirizzo completo del richiedente :

Codice Fiscale e P.IVA :

3. Website/e-mail:

4. Data di inizio dell' attività:

5. Si prega di fornire i dettagli dei principali soci, partner, amministratori del richiedente:

| Nome | Qualifica | Data Qualifica | Data assunzione |
|------|-----------|----------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Si prega di inserire il numero totale di:

Soci/Amministratori:

Altro Staff tecnico:

Staff qualificato:

Amministrativo/altro:

INFORMAZIONI SOCIETARIE

7. Elencare le organizzazioni professionali, associazioni di categoria o società di cui fate parte:

FATTURATO

8. (a) Si prega di inserire il fatturato lordo annuale e riportare l'anno fiscale:

| Anno precedente | Stima anno corrente | Stima anno venturo |
|-----------------|---------------------|--------------------|
| | | |

(b) Si prega di inserire la percentuale di fatturato diviso per area geografica:

% di fatturato lordo

| | |
|------------------------------------|---|
| Italia | % |
| Area UE (escluso Italia) | % |
| Resto del mondo escluso USA/Canada | % |
| USA/Canada | % |

(c) Che percentuale dei vostri introiti lordi è derivata nell'esercizio precedente dal vostro cliente più grande?

%

(d) L'assicurato ha un fatturato verso clienti aventi sede in Paesi soggetti ad embargo o a sanzioni economiche o commerciali (a titolo esemplificativo: Cuba, Iran, Sudan, Myanmar, Corea del Nord, Siria, Libia, Zimbabwe, Bielorussia)?

SI ☐ NO ☐

ATTIVITA'

9. (a) Si prega di suddividere il fatturato lordo dell'anno precedente per tipologia di attività svolta:

| | |
|---|-------------|
| Contabilità e attività fiscali per le società: | % |
| 1. Società quotate in borsa (diverse da quelle al punto 4) | % |
| 2. Società non quotate | % |
| 3. Altre imprese commerciali | % |
| 4. Banche, Istituzioni finanziarie, Compagnie di Assicurazione, SGR, SIM ecc. | % |
| Curatore fallimentare/Commissario giudiziale | % |
| Commissario liquidatore/liquidatore nelle procedure giudiziali | % |
| insolvenza (riferito al ruolo del commercialista ai sensi del Codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza) | % |
| Fusioni e/o acquisizioni | % |
| Esecuzione testamentaria ed amministrazioni fiduciarie | % |
| Consulenza in materia di investimenti | % |
| EDP | % |
| Consulenza in materia del Lavoro | % |
| Rilascio Visto di conformità | % |
| Rilascio certificazione tributaria (Visto pesante) | % |
| Attività OdV 231/2001 | % |
| Attività di Sindaco/Revisore dei Conti in Enti Pubblici | % |
| Revisione contabile volontaria | % |
| Amministratore di società | % |
| Altro-specificare: | % |
| Totale | 100% |

(b) Avete cambiato attività negli ultimi 5 anni o pensate di attuare cambiamenti nei prossimi 12 mesi?

SI ☐ NO ☐

Se SI, si prega di inserire i dettagli : _____

DITTA EDP DA ASSICURARE

10. Fornire I dettagli della Ditta EDP in caso se ne chieda l'inclusione in copertura

Denominazione della ditta: _____

Indirizzo: _____

P.IVA _____

SOCIETA' PARTECIPATE

11. I Soci o gli amministratori del richiedente hanno qualche partecipazione o ruolo in altre società o organizzazioni?

SI ☐ NO ☐

se SI, si prega di fornire i dettagli: _____

M&A

12. Si prega di fornire i dettagli relativi alle attività di M&A svolta negli ultimi 3/5 anni

| Nome Società | Settore | Compenso | Durata dell'incarico |
|--------------|---------|----------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

13. (a) A seguito dell'indagine, il Proponente e/o gli Assicurati risultano essere a conoscenza di Circostanze e/o Eventi che possono dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti del Proponente stesso in relazione all'incarico professionale indicato nella presente proposta per l'attività di Sindaco/revisore dei Conti,Amministratore di società, attività OdV 231/2001?

SI ☐ NO ☐

(b) Sono stati ricoperti o si ricoprono tutt'ora incarichi sindacali o di amministrazione presso società in procedure concorsuali?

SI ☐ NO ☐

(c) tra gli incarichi ricoperti dal Proponente vi è qualche società quotata o che appartiene al settore delle istituzioni finanziarie?

SI ☐ NO ☐

(d) tra gli incarichi ricoperti dal Proponente vi è qualche società in cui il bilancio presenta delle situazioni che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento (segnali di insolvenza; eccessivo indebitamento; difficoltà a far fronte ai debiti o alle obbligazioni)?

SI ☐ NO ☐

(e) Tra gli incarichi ricoperti dal Proponente vi è qualche società che è costituita da meno di 3 anni?

SI ☐ NO ☐

(f) Tra gli incarichi ricoperti dal Proponente vi sono società con Patrimonio Netto negativo alla data di sottoscrizione della presente proposta?

SI ☐ NO ☐

se SI, si prega di fornire i dettagli:

| Elenco incarichi: | | | | | | | |
|-------------------|------------------|-------|-----------|--|-------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Nome Società | Settore Attività | Ruolo | Fatturato | La società o sua controllante sono quotate in mercati? | Sottoposta a procedure concorsuali? | Data Nomina | Data Cessazione Incarico |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

POLIZZA PRECEDENTE

14. Il richiedente è mai stato assicurato con una polizza di Responsabilità civile Professionale?

SI ☐

NO ☐

Se SI, elencare:

Nome dell'Assicuratore:

Data di rinnovo:

Massimale:

Franchigia:

Retroattività

Premio Lordo:

15. Al Richiedente è mai stata cancellata o rifiutata la polizza di Responsabilità Civile Professionale? Ha avuto condizioni particolari imposte dagli Assicuratori?

SI ☐

NO ☐

se SI, si prega di fornire i
dettagli:

MASSIMALE

16. Quale massimale viene
richiesto?:

€ 250.000 ☐

€ 500.000 ☐

€ 1.000.000 ☐

€ 1.500.000 ☐

€ 2.000.000 ☐

€ 2.500.000 ☐

€ 3.000.000 ☐

Altro, specificare:

€ _____

SINISTRI E/O CIRCOSTANZE

17. (a) Sono stati risarciti Danni o avete avuto richieste di risarcimento, accettate o respinte, relative ad errori, omissioni o negligenze professionali negli ultimi 5 anni ?

SI ☐

NO ☐

Se SI, si prega di fornire dettagli incluso la data, l'importo/stima del sinistro/richiesta di risarcimento/circostanza, attraverso un allegato

(b) Ci sono delle azioni pendenti o circostanze che potrebbero dare luogo a qualsiasi tipo di richiesta di risarcimento negli ultimi 5 anni ?

SI ☐

NO ☐

Se SI, fornire dettagli incluso l'importo stimato del danno:

AVVISO IMPORTANTE

▪È necessario informarci di qualsiasi fatto che possa influenzare la nostra decisione di accettare questo rischio o le condizioni alle quali è accettato il rischio. La mancanza di informazioni può invalidare tale assicurazione o qualsiasi pretesa fatta in virtù di essa. In caso di dubbio, se un fatto deve esserci segnalato, si prega di consultare il proprio broker.

▪Le indicazioni fornite e le dichiarazioni fatte da o per conto del Richiedente(i) contenute nel presente modulo di domanda e altre informazioni presentate o rese disponibili da o per conto del Richiedente(i) sono la base per il contratto di assicurazione e saranno considerate come parte costituenti della documentazione.

DICHIARAZIONE

18. Io/noi sono/siamo autorizzato/i a compilare questo questionario per conto di tutte le parti aventi diritto alla copertura di questa assicurazione.

Firma: _____

Ruolo nella società: _____

Società: _____

Data: _____

INFORMATIVA PRIVACY AI CONTRAENTI

1. Introduzione

QBE Europe SA/NV - Rappresentanza Generale per l'Italia (la "**Società**") la informa, in qualità di **Titolare del trattamento** (che può essere contattato all'indirizzo email: dpo@uk.qbe.com e reclami@it.qbe.com) che i dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (l'"**Interessato**"), necessari per la prestazione dei servizi e/o l'esecuzione degli obblighi della polizza a cui la presente informativa è allegata (la "**Polizza**"), saranno trattati in conformità con la presente Informativa.

2. Chi è il titolare del trattamento?

La **Società** con sede secondaria in Milano, Via Melchiorre Gioia, 8 sito internet: <http://www.qbeitalia.com> è il **Titolare del trattamento** e può essere contattata al seguente indirizzo e-mail: dpo@uk.qbe.com o reclami@it.qbe.com.
Una lista completa dei Responsabili del trattamento nominati dalla Società può essere richiesta alla stessa con una comunicazione agli indirizzi sopra indicati.

3. Quali tipologie di Dati Personali vengono trattati dalla Società?

La **Società** tratta le seguenti tipologie di dati personali dell'Interessato (complessivamente i "**Dati Personali**"), acquisiti- anche verbalmente -direttamente presso l'**Interessato** o tramite soggetti terzi:

- a) dati identificativi quali, ad esempio: nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono, mail, etc ...;
- b) categorie particolari di dati, quali dati relativi alla salute.

4. Per quali finalità vengono trattati i Dati Personali?

La **Società** tratta i **Dati Personali** per le seguenti finalità:

- a) per la stipula ed esecuzione della Polizza (compresa la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'**Interessato**); e la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (di seguito, "**Finalità Assicurative**");
- b) per l'adempimento di obblighi previsti da leggi o regolamenti applicabili, nonché da disposizioni impartite dalle competenti autorità/organi di vigilanza e controllo (di seguito, "**Finalità di Legge**");
- c) per lo svolgimento di attività funzionali a cessioni di azienda e di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre trasformazioni e per l'esecuzione di tali operazioni (di seguito, "**Finalità di Legittimo Interesse di Business**").

5. Qual è la base giuridica del trattamento?

Il trattamento dei **Dati Personali** è obbligatorio per:

- a) l'esecuzione della Polizza in relazione alle **Finalità Assicurative** di cui al paragrafo 4, lettera a);
- b) l'adempimento agli obblighi di legge in relazione alle **Finalità di Legge** di cui al paragrafo 4, lettera b), nei limiti previsti dalla legge;
- c) il legittimo interesse della Società e delle sue controparti alla conclusione degli accordi previsti alla paragrafo 4 lettera c) in relazione alle **Finalità di Legittimo Interesse di Business**.

Il rifiuto di fornire i **Dati Personali** per le finalità indicate al paragrafo 4, lettere a) e b) avrebbe il risultato di impedire alla **Società** di concludere la **Polizza** e, se già conclusa, di proseguire l'esecuzione. Al contrario, è possibile opporsi per motivi legittimi al trattamento per le finalità di cui al paragrafo 4 lettera c), a meno che non sia individuato un motivo legittimo prevalente della **Società**.

Il trattamento dei dati sulla salute per le Finalità Assicurative non è obbligatorio ed è sottoposto al consenso dell'Interessato. Tuttavia, in caso di mancato consenso, la Società non potrà valutare il rischio assicurativo e/o dare esecuzione alla Polizza e, quindi, non sarà possibile addivenire alla stipula della stessa.

6. Con quali modalità vengono trattati i Dati Personali?

I **Dati Personali** vengono trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico e con strumenti comunque automatizzati e, in ogni caso, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei **Dati Personali** stessi.

7. A chi possono essere comunicati i Dati Personali?

I **Dati Personali** possono essere comunicati dalla **Società** a:

- a) dipendenti e collaboratori della **Società** nell'ambito delle relative mansioni e in qualità di Incaricati del trattamento;
- b) soggetti terzi appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, ad esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, e mediatori di Assicurazione; consulenti legali e periti; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile, nell'ambito della ordinaria gestione della Polizza;
- c) soggetti terzi coinvolti nello specifico rapporto di Assicurazione quali, ad esempio, contraente, assicurati, beneficiari, danneggiati, coobbligati, ecc.;
- d) professionisti, consulenti, istituti di credito e società di recupero dei crediti; e
- e) società terze fornitrici di servizi alla Società, quali ad esempio quelli informatici o di archiviazione.

I Suoi **Dati Personali**, in ogni caso, non saranno oggetto di diffusione.

8. I Dati Personali vengono trasferiti all'estero?

I **Dati Personali** possono invece essere comunicati e trasferiti a soggetti terzi quali, ad esempio, Società del Gruppo, controllanti, controllate e collegate, residenti in Paesi anche non appartenenti all'Unione Europea (Filippine, Stati Uniti, India). L'elenco completo e aggiornato è reperibile al seguente indirizzo: <http://www.qbeitalia.com/>.

Tale trasferimento avverrà in conformità con gli articoli 45 e 46 del Regolamento generale sul trattamento dei dati personali 679/2016/UE (il "**Regolamento Privacy**"). L'**Interessato** può ottenere in qualsiasi momento dalla **Società** il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali **Dati Personali**, o il luogo in cui sono stati resi disponibili.

9. Per quanto tempo verranno conservati i Dati Personali?

I **Dati Personali** raccolti per le finalità di cui alle lettere a) e c) del paragrafo 4 vengono trattati per un periodo pari alla durata della **Polizza** (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Al contrario, i **Dati Personali** raccolti per le finalità di cui alla lettera b) del paragrafo 4 saranno conservati per il termine previsto dalla legge.

10. Che diritti ha l'Interessato con riguardo ai suoi Dati Personali?

L'Interessato, con riguardo ai suoi **Dati Personali** può - tramite l'invio di una comunicazione all'indirizzo di cui al paragrafo 2 - in ogni momento esercitare i propri diritti di: (i) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di **Dati Personali** che lo riguardano ed averne comunicazione; (ii) conoscere l'origine dei **Dati Personali**, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei **Dati Personali**; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei **Dati Personali** eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei **Dati Personali**, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In aggiunta alle previsioni di cui al presente paragrafo, ai sensi del Regolamento Privacy, l'Interessato potrà avvalersi dei seguenti ulteriori diritti:

- a) l'Interessato potrà, in qualsiasi momento nelle circostanze previste dal Regolamento Privacy (i) chiedere alla **Società** la limitazione del trattamento dei **Dati Personali**; (ii) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi **Dati Personali**, a meno che la **Società** non abbia dei motivi legittimi prevalenti; (iii) chiedere la cancellazione dei **Dati Personali** che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e (iv) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano;
- b) l'Interessato avrà il diritto di proporre Reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

11. Come contattare il titolare del trattamento?

Qualora l'Interessato avesse dei dubbi o perplessità inerenti la presente Informativa privacy o volesse esercitare i diritti previsti dalla presente informativa, può contattare la **Società** ai seguenti indirizzi mail: dpo@uk.qbe.com o reclami@it.qbe.com.

La **Società** ha nominato un responsabile della protezione dei dati personali (il "DPO") ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, contattabile al seguente

12. Modifiche e aggiornamenti

La presente Informativa è valida sin dalla data di efficacia. La **Società** potrebbe tuttavia con un previo preavviso apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

Milano 01.01.2019

QBE Europe SA/NV
Rappresentanza Generale per l'Italia



Consenso al trattamento dei dati

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, dichiaro di essere consapevole che il trattamento dei dati personali anche relativi alla mia salute eventualmente forniti da parte di QBE Europe SA/NV in qualità di **Titolare del trattamento** è necessario per l'adempimento delle **Finalità Assicurative** di cui all'Informativa sul trattamento dei dati personali e, pertanto, presto il consenso a tale trattamento.

Il Contraente

(firma)