

Polizza a copertura della responsabilità civile professionale derivante
dall'apposizione del visto di conformità.
Commercialisti – Consulenti del Lavoro

DUAL Professioni *Visto di Conformità*

Il presente fascicolo informativo, contenente:

- **Nota informativa**
- **Condizioni di assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di proposta**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DERIVANTE DALL'APPOSIZIONE DEL VISTO DI CONFORMITA' COMMERCIALISTI – CONSULENTI DEL LAVORO

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione (nel seguito: il "Contratto") prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

1. Informazioni generali

Il Contratto è stipulato con:

Arch Insurance Company (Europe) Limited (nel seguito anche gli "Assicuratori").

- Sede legale: 6th Floor Plantation Place South 60, Great Tower Street EC3R5AZ, Londra (Regno Unito)
- Sede Secondaria (Rappresentanza Generale) in Italia: Via Gabrio Casati, 1, 20123 Milano (Italia)
 - Telefono: 0044 207 621 4550/0039 02 806181
 - Fax: 0044 207 621 4501/0039-02 80618201
 - Sito internet: www.archinsurance.co.uk
 - e-mail: info@archinsurance.co.uk
- Provvedimento di autorizzazione a svolgere l'attività assicurativa in Italia: n. 1905-600964 in data 16 febbraio 2005, codice IVASS D851R
- Numero iscrizione Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 100052

Arch Insurance Company (Europe) Limited svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/ECC e successive modificazioni nonché ai sensi di quanto previsto all'art. 23 del Codice delle Assicurazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale avente sede in Via Gabrio Casati, 1 - 20123, Milano.

Arch Insurance Company (Europe) Limited è sottoposta al controllo dell'autorità di vigilanza dello Stato di Origine (Regno Unito): Financial Services Authority (FCA), con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, E14 5HS, Londra (Regno Unito).

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto di Arch Insurance Company (Europe) Limited è pari ad Euro 80.199,00, di cui Euro 61.540.000,00 di capitale sociale ed Euro 18.659.000,00 di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni di Arch Insurance Company (Europe) Limited (che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) è pari a 136,6%.

I dati patrimoniali di cui sopra si riferiscono al bilancio d'esercizio 2012.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto è stipulato con tacito rinnovo.

Avvertenza!

In mancanza di disdetta da parte dell'Assicurato o degli Assicuratori, a mezzo di lettera raccomandata spedita, entro e non oltre 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione indicato nel Contratto (sempreché sia stipulato per una durata non inferiore ad 1 anno) esso si rinnoverà automaticamente di anno in anno, salvo che nei seguenti casi:

- notificazione dall'Assicurato agli Assicuratori nel Periodo di Assicurazione di Circostanze e/o Richieste di Risarcimento;

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. X ("Casi di cessazione dall'Assicurazione"), lett. D ("Procedure di rinnovo") della Sezione A del Contratto, nonché all'art. II ("Definizioni"), lett. F ("Periodo di Assicurazione") Sezione A del Contratto.

Si richiama altresì l'attenzione dell'Assicurato alla definizione di "Maggior termine per la notifica delle richieste di risarcimento" di cui alla lettera H dell'art. II ("Definizioni") ed a quanto previsto all'art. V ("Disposizioni Relative al Maggior termine per la notifica delle richieste di risarcimento"), Sezione A del Contratto.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa principale offerta dal Contratto è la seguente:

responsabilità civile professionale dell'Assicurato per le attività di:

- **assistenza fiscale, come specificato dal D.M. 164/99, dalla circolare n. 13 del 06.04.2006 dell'Agenzia delle Entrate e successive modifiche e/o integrazioni di Legge;**

- **apposizione del visto di conformità sulle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. n. 241 del 9 luglio 1997, come specificato nel D.M. 164/99 e successive modifiche e ai sensi del D.L. 78/2009 Art. 10 - comma 7 e dell'art.1 co. 574 della L. 24.12.2013, n.147.**

Il Contratto offre altresì talune **limitate** coperture accessorie alle precedenti per le quali si rinvia a quanto previsto rispettivamente agli articoli: VI ("Penalità fiscali"), Sezione A del Contratto.

Ai fini della descrizione dettagliata delle coperture offerte dal Contratto si rinvia agli artt. I ("Oggetto dell'assicurazione"); II ("Definizioni"), III ("Esclusioni"), Sezione A del Contratto, oltre che agli articoli citati al paragrafo che precede.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato che il Contratto è in forma "claims made": esso pertanto copre esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e notificate agli Assicuratori nel medesimo periodo

Avvertenza!

Il Contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, così come condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

- Per le esclusioni si rinvia a quanto previsto all'art. III ("Esclusioni"), Sezione A del Contratto.
- Per le limitazioni si rinvia alla Sezione II ("Definizioni"), Sezione A e, più in generale, alle clausole ivi evidenziate in colore grigio.
- Per le condizioni di sospensione della garanzia si rinvia a quanto previsto all'art. 3 della Sezione B ("Condizioni Generali") del Contratto nonché a quanto previsto al punto 3 dell'art. III ("Esclusioni").

Avvertenza!

Le garanzie di cui al Contratto si intendono prestate sino alla concorrenza del Limite di Indennizzo o sottolimito di indennizzo (ove previsto) indicati nel Contratto.

Le prestazioni assicurative sono soggette ad applicazione di Franchigie indicate nel Contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda:

- all'art. II ("Definizioni"), lett. R ("Scoperto o franchigia"), Sezione A del Contratto;
- all'art. IV ("Limite di indennizzo"), Sezione A del Contratto

Per facilitare la comprensione si illustra nel seguito il meccanismo di applicazione delle Franchigie, dei Limiti di Indennizzo e dei sottolimiti di indennizzo, con alcune esemplificazioni numeriche:

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di PERDITA inferiore al LIMITE DI INDENNIZZO:

LIMITE DI INDENNIZZO:	€ 500.000,00
Ammontare della PERDITA:	€ 150.000,00
FRANCHIGIA:	€ 5.000,00
Indennizzo:	€ 145.000,00

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di PERDITA superiore al LIMITE DI INDENNIZZO:

LIMITE DI INDENNIZZO:	€ 500.000,00
Ammontare della PERDITA:	€ 600.000,00
FRANCHIGIA:	€ 5.000,00
Indennizzo:	€ 500.000,00

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine a Circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza!

L'Assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Le informazioni o le dichiarazioni inesatte od incomplete o le reticenze rese dal soggetto legittimato a fornirle relative a circostanze tali che gli Assicuratori non avrebbero prestato il loro consenso, o non lo avrebbero prestato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Avvertenza!

Gli effetti delle reticenze e dichiarazioni inesatte di cui sopra sono disciplinati (tra le altre disposizioni) dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile che prevedono cause di annullamento del Contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto richiamato all'art. 1 della Sezione B ("Condizioni Generali") del Contratto.

Avvertenza!

Ai sensi dell'art. 1895 del codice civile il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della sua conclusione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato dovrà dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Per gli aspetti di dettaglio e per gli effetti dell'aggravamento e/o diminuzione del rischio si rinvia, oltre a quanto previsto dagli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, a quanto previsto rispettivamente agli artt. 5 ("Aggravamento del rischio") e 6 ("Diminuzione del rischio") di cui alla Sezione B ("Condizioni Generali") del Contratto.

In considerazione delle peculiarità delle coperture assicurative offerte dal Contratto non sono configurabili casi di aggravamento/diminuzione del rischio.

6. Premi

Il Contratto prevede il pagamento annuale del Premio in un'unica soluzione.

Qualora espressamente concordato con gli Assicuratori ed indicato nel Certificato, il pagamento del Premio potrà essere frazionato in una o più rate.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 3 ("Pagamento del premio") della Sezione B – Condizioni Generali del Contratto.

Il pagamento del Premio dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. (come definita nel Glossario) o all'intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità.

Avvertenza!

Non è prevista la possibilità di applicazione di sconti di premio da parte degli Assicuratori e/o dell'intermediario.

7. Rivalse

Avvertenza!

In caso di pagamento di somme da parte degli Assicuratori ai sensi del Contratto, essi saranno surrogati, fino alla concorrenza dell'ammontare delle somme pagate, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Quanto ai presupposti e agli effetti dell'esercizio da parte degli Assicuratori dei diritti di surrogazione si rinvia a quanto previsto all'art. IX ("Surrogazione") della Sezione A del Contratto, oltre che all'art. 1916 del Codice Civile.

8. Diritto di recesso

Gli Assicuratori potranno recedere dal Contratto a mezzo di lettera raccomandata inviata con un preavviso di 90 (novanta) giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto previsto all'art. X ("Casi di cessazione dell'Assicurazione") di cui alla Sezione A del Contratto nonché a quanto previsto dagli artt. 1892 e 1898 del Codice Civile sopra richiamati.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

(i) Prescrizione

I diritti derivanti dal Contratto si prescrivono entro 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c..

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il terzo ha chiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

(ii) Decadenza

Ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile l'inadempimento doloso dell'obbligo di avviso o di salvataggio comporta la perdita del diritto al risarcimento dell'Assicurato.

10. Legge applicabile al Contratto

Il Contratto è soggetto alla legge italiana ed è da questa regolato.

11. Regime Fiscale

L'aliquota d'imposta a carico dell'Aderente è pari al 22.25%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza!

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile "Avviso dell'Assicuratore in caso di Sinistro" si precisa che l'Assicurato o suoi aventi diritto dovranno dare avviso di ogni Circostanza e/o Richiesta di Risarcimento agli Assicuratori a:

DUAL Italia S.p.A., Via Edmondo De Amicis, 51 - 20123 Milano, Tel. 02-72080597, fax 02-72080592, e-mail esacomani@dualitalia.com o raroma@dualitalia.com o stedesco@dualitalia.com entro 30 (trenta) giorni da quello in cui la Circostanza e/o Richiesta di Risarcimento si è verificata oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza.

La denuncia di qualsiasi Circostanza e/o Richiesta di Risarcimento dovrà essere effettuata per iscritto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto previsto all'art. VII ("Obblighi delle parti in caso di richieste di risarcimento ") di cui alla Sezione A del Contratto.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia a quanto indicato all'art. VII ("Obblighi delle parti in caso di richieste di risarcimento") di cui alla Sezione A del Contratto.

Ai fini della liquidazione degli indennizzi in base al Contratto, gli Assicuratori potranno avvalersi di Dual Italia S.p.A. o di altri intermediari assicurativi autorizzati.

13. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati agli Assicuratori, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni e di Interesse Collettivo (IVASS) e all'autorità di vigilanza dello Stato di Origine competente (Financial Ombudsman Service) secondo le disposizioni che seguono:

1. Agli Assicuratori:

possono essere indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei sinistri.

I reclami possono essere inoltrati per iscritto a:

Arch Insurance Company (Europe) Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Gabrio Casati n. 1, 20123, Milano, all'attenzione del Rappresentante Generale, fax n. 0044 -207- 621- 4501 (oppure fax n. 0039-02 80618201), e-mail: lleoni@archinsurance.co.uk

oppure a:

Arch Insurance Company (Europe) Limited, 6th floor, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, Londra EC3R 5AZ, all'attenzione del Complaints Manager, fax n. 0044-207-621-4502.

I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Gli Assicuratori, ricevuto il reclamo devono fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

2. All'IVASS:

possono essere indirizzati i reclami

(i) aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte degli Assicuratori, degli intermediari da essa incaricati e dei periti assicurativi;

(ii) nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato agli Assicuratori o in caso di assenza di riscontro da parte degli Assicuratori nel termine di 45 (quarantacinque) giorni.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

IVASS, Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni e di Interesse Collettivo, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n: 06-42-133-745/353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che può essere consultato sul sito www.ivass.it.

3. All'autorità di vigilanza dello Stato di origine degli Assicuratori:

i reclami che possono essere indirizzati all'IVASS possono essere indirizzati all'Autorità di vigilanza dello Stato di origine degli Assicuratori (Regno Unito) secondo le modalità previste da detta autorità:

The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, Tel: 0044-0845- 080-1800; Email: enquiries@financial-ombudsman.org.uk; Sito internet: www.financial-ombudsman.org.uk

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere (per tali intendendosi le controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro) è anche possibile, in alternativa alla presentazione del reclamo all'Ivass, rivolgersi direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove previsti.

*

Arch Insurance Company (Europe) Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa.

Il rappresentante legale (Rappresentante Generale per l'Italia pro tempore)

Lino Leoni



DUAL Professioni *Visto di Conformità*

POLIZZA a copertura della Responsabilità Civile Professionale derivante dall'apposizione del Visto di Conformità - Commercialisti – Consulenti del Lavoro Sezione A

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Obbligazione temporale dell'Assicuratore (*Claims Made*)

ARTICOLO I

Dietro pagamento del PREMIO convenuto, preso atto di quanto sottoscritto nel CERTIFICATO e in relazione ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni di questo contratto di Assicurazione

gli ASSICURATORI

convengono di tenere indenne l'ASSICURATO contro le PERDITE – delle quali sia tenuto a rispondere quale civilmente responsabile - che traggono origine da ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO fatta da TERZI all'ASSICURATO stesso per la prima volta e notificate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO o durante il MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO (se concesso), purché tali Richieste di Risarcimento siano originate da un ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITA' (se concessa) esclusivamente nello svolgimento delle attività di seguito indicate:

- assistenza fiscale, come specificato dal D.M. 164/99, dalla circolare n. 13 del 06.04.2006 dell'Agenzia delle Entrate e successive modifiche e/o integrazioni di Legge;
- apposizione del visto di conformità sulle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. n. 241 del 9 luglio 1997, come specificato nel D.M. 164/99 e successive modifiche e ai sensi del D.L. 78/2009 Art. 10 - comma 7 e dell'art.1 co. 574 della L. 24.12.2013, n.147. A maggior chiarimento si specifica che la POLIZZA è operante per l'attività di apposizione del visto di conformità in relazione all'utilizzo in compensazione da parte del contribuente di crediti Iva, crediti relativi alle imposte sui redditi e relative addizionali, Irap, ritenute alla fonte di cui all'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973 n. 602, imposte sostitutive delle imposte sul reddito e all'imposta regionale sulle attività produttive per importi superiori a € 15.000.

DEFINIZIONI

ARTICOLO II

I termini riportati in lettere maiuscole nella presente POLIZZA o nel CERTIFICATO allegato, hanno il significato a loro attribuito di seguito:

Per:

- CERTIFICATO:**
si intende il documento allegato alla presente POLIZZA che riporta i dati dell'ASSICURATO e la sua attività, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli dell'Assicurazione. Il CERTIFICATO forma parte integrante del contratto.
- CONTRAENTE:**
si intende la persona fisica indicato nel CERTIFICATO, che stipula l'Assicurazione per conto dell'ASSICURATO.
- ASSICURATO:**
il professionista, persona fisica, indicato nel CERTIFICATO in possesso dei requisiti di cui al punto 3 della Circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 57 del 23 dicembre 2009.
- ASSICURATORI:**
si intende Arch Insurance Company (Europe) Ltd., come specificato nel CERTIFICATO.
- TERZO:**
si intende qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'ASSICURATO o dai suoi dipendenti.
Il termine TERZO esclude:
 - il coniuge (che non sia legalmente separato), i genitori, i figli e qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO;
 - le imprese o Società di cui l'ASSICURATO sia titolare o contitolare o di cui sia direttamente o indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal Codice Civile italiano;
 - i Collaboratori dell'ASSICURATO nonché le persone che sono con questi in rapporti di parentela come previsto al precedente punto I.
- PERIODO DI ASSICURAZIONE:**
si intende il Periodo indicato nel CERTIFICATO.
- RETROATTIVITA':**
si intende il periodo di tempo compreso tra la data indicata nel CERTIFICATO e la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO. Gli ASSICURATORI assumeranno in copertura le RICHIESTE DI RISARCIMENTO concernenti fatti o CIRCOSTANZE denunciati per la prima volta dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE od il MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO (se concesso) in conseguenza di ATTI ILLECITI perpetrati o che si presuma siano stati perpetrati individualmente o collettivamente entro detto periodo di RETROATTIVITA'. I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nel CERTIFICATO non s'intenderanno in alcun modo aumentati per effetto della presente estensione.
- MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO:**
si intende il periodo di 5 (cinque) anni immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE

specificato nel CERTIFICATO e attivabile esclusivamente alle condizioni di cui all'Articolo V che segue, entro il quale l'ASSICURATO può notificare agli ASSICURATORI RICHIESTE DI RISARCIMENTO manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e riferite a un ATTO ILLECITO commesso o che si presuma sia stato commesso, individualmente o collettivamente, durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO e nel Periodo di RETROATTIVITA' indicato nel CERTIFICATO (se concesso).

i) ATTO ILLECITO:

si intende qualsiasi effettivo o presunto atto colposo, infrazione di obblighi, errori, dichiarazioni inesatte, omissioni, compiuti dall'ASSICURATO esclusivamente nello svolgimento delle attività indicate all'Articolo I "Oggetto dell'Assicurazione" che precede. ATTI ILLECITI connessi o continuati o ripetuti o collegati nella loro causa costituiranno un singolo ATTO ILLECITO.

j) PERDITA:

si intende:

I. l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze o transazioni cui l'ASSICURATO sia tenuto per legge a seguito del compimento di un ATTO ILLECITO;

II. i COSTI E SPESE (come definiti nel seguito) sostenuti da un Terzo che l'ASSICURATO sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale emesso a seguito di un ATTO ILLECITO;

III. i COSTI E SPESE (come definiti nel seguito) sostenuti dall'ASSICURATO con il consenso scritto degli ASSICURATORI nell'attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'ASSICURATO in relazione ad un ATTO ILLECITO.

k) COSTI E SPESE:

si intendono tutti i COSTI e le SPESE necessarie, ragionevolmente sostenute da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dall'investigazione e/o dalla difesa e/o dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ivi compresi anche i relativi giudizi di impugnazione, previo il preventivo consenso scritto degli ASSICURATORI.

COSTI E SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità dell'ASSICURATO e/o dei suoi Collaboratori.

L'INDENNIZZO per i compensi di legali ai sensi della presente POLIZZA non eccederà le tariffe professionali in vigore applicabili, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.

I COSTI e le SPESE, come previsto all'art. 1917 del Codice Civile, sono limitati al 25% dei Limiti di INDENNIZZO indicati nel CERTIFICATO e sono corrisposti in aggiunta agli stessi.

Detti COSTI E SPESE non sono soggetti all'applicazione di alcuna FRANCHIGIA o SCOPERTO. Non saranno considerate COSTI E SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

l) POLIZZA:

si intende il documento che prova l'assicurazione.

m) PREMIO:

si intende la somma dovuta dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI.

n) RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

si intende:

a) qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali nei confronti dell'ASSICURATO per un ATTO ILLECITO, oppure

b) qualsiasi contestazione scritta che presupponga un ATTO ILLECITO inviata all'ASSICURATO;

Più RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite o riconducibili al medesimo ATTO ILLECITO anche se costituissero PERDITE a più soggetti reclamanti, saranno considerate un'unica RICHIESTA DI RISARCIMENTO soggetta, in questo caso, a

- un unico LIMITE DI INDENNIZZO
- un unico SCOPERTO o FRANCHIGIA

o) CIRCOSTANZE:

si intende:

a) qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei confronti dell'ASSICURATO;

b) qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta dell'ASSICURATO, da cui possa trarne origine una RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

c) qualsiasi atto o fatto di cui l'ASSICURATO sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo a una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi confronti.

p) INDENNIZZO:

si intende la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della presente POLIZZA.

q) LIMITE DI INDENNIZZO:

si intende l'ammontare che rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA e in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE compreso l'eventuale MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO.

Tale ammontare è specificatamente indicato nel CERTIFICATO.

A tale ammontare vanno aggiunti i COSTI e le SPESE come indicato al punto (m) delle definizioni sopra riportate. Qualora nella presente POLIZZA sia previsto un "sottolimito di INDENNIZZO" questo non è in aggiunta al LIMITE DI INDENNIZZO ma deve considerarsi compreso in esso e rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per quella voce di rischio.

r) SCOPERTO o FRANCHIGIA:

si intende l'ammontare percentuale o fisso indicato nell'articolo IV che segue che rimane a carico dell'ASSICURATO per ciascuna PERDITA e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri.

Gli ASSICURATORI pagheranno per ogni PERDITA indennizzabile a termini del presente contratto soltanto le somme eccedenti tale ammontare.

s) ATTI TERRORISTICI:

si intende ogni atto o atti di forza e/o violenza:

- per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o
- diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o

- a scopo di incutere paura al pubblico o a parte del pubblico tramite qualsiasi persona o persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.
- t) **DANNI CORPORALI:**
si intende il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.
- u) **DANNI MATERIALI:**
si intende il pregiudizio economico conseguente a distruzione, PERDITA o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
- v) **INTERMEDIARIO:**
si intende l'INTERMEDIARIO indicato nel CERTIFICATO, autorizzato ad esercitare tale attività in base alle Leggi ed ai regolamenti in vigore

ESCLUSIONI

ARTICOLO III

L'Assicurazione non opera:

- 1) **Attività diversa;**
in relazione ad attività diversa da quella indicata nell'Oggetto dell'Assicurazione di cui all'Articolo 1 che precede;
- 2) **Fatti noti:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti in tutto o in parte a CIRCOSTANZE esistenti prima o alla data di decorrenza della POLIZZA che l'ASSICURATO conosceva o delle quali poteva avere ragionevolmente conoscenza, atte a generare una successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO contro di lui;
- 3) **ASSICURATO non iscritto all'albo professionale:**
a favore di un ASSICURATO che non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel CERTIFICATO o la cui attività o autorizzazione sia stata negata, sospesa cancellata o revocata dalle Autorità.
In questi casi la copertura assicurativa è automaticamente sospesa sugli Atti Illeciti commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata dagli Organi competenti, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO.
La copertura assicurativa sarà automaticamente riattivata alla revoca della suddetta delibera da parte degli Organi competenti oppure allo scadere del termine di sospensione dall'esercizio professionale.
L'ASSICURATO dovrà tuttavia, a pena di decadenza dal diritto all'INDENNIZZO, dare avviso della predetta delibera entro 7 giorni agli ASSICURATORI fornendo copia della relativa documentazione.
Gli ASSICURATORI conseguentemente avranno facoltà di:
I. recedere dalla POLIZZA dando 90 giorni di preavviso;
II. mantenere in vigore l'Assicurazione fino alla sua scadenza originaria in relazione alla sola notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO per ATTI ILLECITI commessi in data antecedente il periodo in cui la delibera è stata assunta dagli Organi competenti;
- 4) **Inquinamento:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino inquinamento, infiltrazione o contaminazione di qualsiasi tipo;
- 5) **RC amministratori / sindaco e revisore:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti a qualsiasi ATTO ILLECITO commesso dall'ASSICURATO e/o da un COLLABORATORE che agisce in qualità di Amministratore (membro del c.d.a.) o Sindaco o Revisore Legale dei Conti;
- 6) **Multe, ammende e/o sanzioni dirette:**
per tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli inflitti direttamente all'ASSICURATO o per le conseguenze del loro mancato pagamento, salvo quanto previsto all'Articolo VI Penalità Fiscali - che segue;
- 7) **Radiazioni, contaminazioni e/o scorie nucleari:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti a qualsiasi responsabilità legale di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causate da, o connesse a, o derivanti da:
I. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che trae origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare;
II. sostanze radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari;
- 8) **Fatti dolosi e fraudolenti:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO causate da, connesse o conseguenti a frode, atto doloso posto in essere dall'ASSICURATO;
- 9) **RC contrattuale:**
per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'ASSICURATO tramite espresso impegno, accordo o garanzia, a meno che tale responsabilità sarebbe comunque imputabile all'ASSICURATO per Legge e/o in base a Regolamenti concernenti la professione, anche in assenza di tale impegno, accordo o garanzia;

10) Guerra, atti terroristici:

per le PERDITE, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o comunque connessi a quanto qui di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o fatti che possano avervi contribuito, contestualmente o in altro momento:

I. guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare), o

II. qualsiasi atto terroristico

Ai fini di questa clausola, per atto terroristico si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici, religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa. Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa PERDITE, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto indicato ai punti 1 e 2 che precedono o comunque a ciò relative.

Nel caso in cui gli ASSICURATORI affermino che, in base alla presente clausola di esclusione, qualsiasi PERDITA, danno, costo o esborso non sono coperti dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria incombe all'ASSICURATO. L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente clausola non comporterà la nullità totale della clausola stessa, che rimarrà valida ed efficace per la parte restante.

11) DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI;

12) Distruzione, danneggiamento o perdita di documenti:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da, connesse con e/o attribuibili a distruzione, danneggiamento o perdita di documenti in genere, di denaro e di titoli al portatore;

13) Operazioni di Fusione e/o Acquisizione:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da, connesse con e/o attribuibili all'attività svolta nell'ambito di operazioni di Fusione e/o Acquisizione di qualsiasi genere;

14) Privacy:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da, connesse con e/o attribuibili all'errato trattamento di dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) o comunque in conseguenza di errata consulenza in materia di privacy (D. Lgs. 30/06/2003 n° 196 in materia di Privacy – Codice della Privacy);

15) CAAF:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da, connesse con e/o attribuibili all'attività svolta dall'ASSICURATO nell'ambito di Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale (CAAF) istituiti con Legge 30/12/1991 n. 413;

16) CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO note:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO direttamente o indirettamente derivanti da, connesse con e/o attribuibili a CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO già notificate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI o i loro precedenti polizze stipulate per il tramite di o comunque per effetto dell'attività di intermediazione di Dual Italia S.p.A.

17) CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate in base a precedenti POLIZZE:

per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO direttamente o indirettamente derivanti da, connesse con e/o attribuibili a CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO già notificate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI o i loro precedenti polizze stipulate per il tramite di o comunque per effetto dell'attività di intermediazione di Dual Italia S.p.A.

18) Errori e/o omissioni nella gestione di altre assicurazioni:

per le PERDITE patrimoniali conseguenti a omissioni nella stipulazione o modifica di assicurazioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi.

Resta inoltre inteso che gli ASSICURATORI saranno esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO e comunque a eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO o esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riASSICURATORI a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzione delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale o economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

LIMITE DI INDENNIZZO

ARTICOLO IV

In ottemperanza a quanto stabilito dalla legge il LIMITE DI INDENNIZZO di cui alla presente POLIZZA, è fissato in € 3.000.000,00 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo (come indicato nel CERTIFICATO) e costituisce il massimo esborso per gli ASSICURATORI in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO che dovessero pervenire nei confronti dell'ASSICURATO durante il periodo di vigenza della presente POLIZZA. Oltre tale esborso gli ASSICURATORI non saranno tenuti a indennizzare ulteriori somme.

L'ASSICURATO dichiara, e gli ASSICURATORI ne prendono atto, che il LIMITE DI INDENNIZZO di € 3.000.000,00 è adeguato al numero dei contribuenti assistiti e al numero dei visti di conformità rilasciati.

Gli ASSICURATORI si impegnano ad indennizzare il danneggiato dell'intero importo della PERDITA accertata, mentre l'ASSICURATO s'impegna a rimborsare agli ASSICURATORI l'importo della FRANCHIGIA fissa di € 200,00 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO, che pertanto rimane a suo totale carico.

DISPOSIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

ARTICOLO V

In caso di cancellazione o di mancato rinnovo della presente POLIZZA, indipendentemente dalla causa che ha determinato la cessazione del rapporto assicurativo, la presente POLIZZA opererà, subordinatamente a tutti i termini, condizioni ed esclusioni previste dalla POLIZZA medesima e limitatamente all'attività di cui all'Articolo I "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO che siano originate da un ATTO ILLECITO commesso durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e nel Periodo di RETROATTIVITA' (se concesso) e che siano notificate agli ASSICURATORI durante i 5 (cinque) anni successivi alla data di scadenza della POLIZZA.

Il LIMITE DI INDENNIZZO - indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO - non potrà in ogni caso superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel CERTIFICATO.

PENALITA' FISCALI

ARTICOLO VI

Fermi restando tutti i termini e le condizioni generali e a maggior chiarimento delle condizioni di POLIZZA si precisa che - salvo il caso di applicazione diretta della sanzione all'ASSICURATO - il presente contratto terrà indenne quest'ultimo dalle RICHIESTE DI RISARCIMENTO presentate dai propri clienti in conseguenza di sanzioni fiscali a essi comminate che siano riconducibili ad atti colposi commessi dall'ASSICURATO nello svolgimento di incarichi professionali retribuiti ed esclusivamente riferiti alle attività coperte dalla presente POLIZZA come indicato all'Articolo I "Oggetto dell'Assicurazione".

OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO

ARTICOLO VII

a) L'ASSICURATO - a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO ai sensi della presente POLIZZA - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza di:

I. qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO a lui presentata;

II. qualsiasi intenzione formalizzata da un TERZO di ritenerlo responsabile di un ATTO ILLECITO;

III. qualsiasi CIRCOSTANZA di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza, che possa ragionevolmente dare adito a una RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Se tale comunicazione è effettuata dall'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE relativamente ai precedenti punti (II) e (III) o nei successivi 30 giorni dalla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO (purché l'evento denunciato sia riconducibile a un ATTO ILLECITO commesso durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE) indipendentemente o meno dall'applicabilità del MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente sarà considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE.

b) L'ASSICURATO deve fornire agli ASSICURATORI tutte le informazioni e deve cooperare così come gli ASSICURATORI potranno ragionevolmente richiedere, divulgando l'esistenza del presente contratto solo con il consenso degli ASSICURATORI, salvo non sia diversamente disposto dalla Legge.

c) I Legali e Periti scelti dall'ASSICURATO per la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO dovranno essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI.

d) L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità in relazione a Richieste di Risarcimento o concordarne l'entità oppure sostenerne i COSTI, gli oneri o le SPESE senza il consenso scritto degli ASSICURATORI.

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO si impegna a non pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI od i diritti di rivalsa dei medesimi.

e) Gli ASSICURATORI non potranno definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire a una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per detta RICHIESTA DI RISARCIMENTO non potrà eccedere l'ammontare con il quale la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i COSTI, gli oneri e le SPESE maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel del CERTIFICATO.

f) Nel caso che una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia coperto o meno dalla presente POLIZZA.

Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI anticiperanno COSTI E SPESE per la parte della PERDITA assicurata.

g) Gli ASSICURATORI si impegnano ad anticipare i COSTI e le SPESE sostenute prima della definizione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Tale anticipo di COSTI E SPESE come sopra definito, sarà restituito agli ASSICURATORI da parte dell'ASSICURATO in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'INDENNIZZO a termini del presente contratto.

ARBITRATO SPECIALE

ARTICOLO VIII

Qualora le Parti concordino sulla risarcibilità della RICHIESTA DI RISARCIMENTO in base al presente contratto, gli ASSICURATORI danno facoltà per iscritto all'ASSICURATO di proporre al TERZO danneggiato e/o alle società e/o soci e/o

creditori sociali il ricorso a un Arbitrato rituale ai sensi dell'Art. 809 e seguenti del Codice di Procedura Civile, in luogo della giustizia ordinaria. (Detta facoltà non sarà negata dagli ASSICURATORI senza una valida ragione).

Tale Collegio sarà chiamato a decidere sulla natura dell'ATTO ILLECITO, sulle sue conseguenze e sulla quantificazione della PERDITA.

Il Collegio sarà formato da tre arbitri, uno nominato dall'ASSICURATO e dagli ASSICURATORI, uno dal TERZO danneggiato e il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione ove risiede l'ASSICURATO. Gli ASSICURATORI (in nome e per conto dell'ASSICURATO) e il TERZO danneggiato risponderanno delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro.

Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

SURROGAZIONE

ARTICOLO IX

Per ogni pagamento effettuato a termini della presente POLIZZA per effettivi o presunti atti dolosi, fraudolenti o omissioni dolose, gli ASSICURATORI si surrogheranno nei diritti di rivalsa dell'ASSICURATO per le somme pagate.

In tal caso l'ASSICURATO dovrà firmare tutti i necessari documenti e farà tutto quanto è necessario per formalizzare e non pregiudicare tali diritti di surrogazione degli ASSICURATORI compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire in giudizio in luogo dell'ASSICURATO.

In caso di responsabilità solidale è fatto salvo per gli ASSICURATORI il diritto di regresso nei confronti degli eventuali corresponsabili.

CASI DI CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

ARTICOLO X

a) Salvo l'applicabilità del MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, questa POLIZZA cesserà con effetto immediato nel caso di:

- I. scioglimento della Società o dell'Associazione professionale;
- II. cessazione dell'attività;
- III. ritiro dall'attività o morte dell'ASSICURATO;
- IV. fusione o incorporazione della Società o dell'Associazione professionale;
- V. messa in liquidazione anche volontaria della Società;
- VI. cessione del ramo di azienda a soggetti Terzi.

In tutti i casi predetti l'Assicurazione è prestata nei confronti delle Richieste di Risarcimento e delle CIRCOSTANZE che possono dare origine a una PERDITA dopo la data di cessazione, ma esclusivamente in relazione ad Atti Illeciti commessi anteriormente alla data di cessazione e fino alla scadenza della POLIZZA indicata nel CERTIFICATO.

b) Gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO potranno recedere dalla presente POLIZZA con lettera raccomandata inviata contenente un preavviso di 90 giorni.

In questo caso se il recesso è esercitato dagli ASSICURATORI, l'ASSICURATO avrà il diritto al rimborso del PREMIO netto indicato nel CERTIFICATO in proporzione al PERIODO DI ASSICURAZIONE non più coperto dal contratto. La stessa disposizione sarà applicata se il recesso è esercitato dall'ASSICURATO. L'eventuale rimborso sarà corrisposto all'ASSICURATO entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.

c) **Richieste di Risarcimento fraudolente - Clausola risolutiva espressa**

Qualora l'ASSICURATO sia complice o provochi dolosamente una richiesta di INDENNIZZO falsa o fraudolenta riguardo a una PERDITA, esageri dolosamente l'ammontare del danno e/o dichiarati fatti non rispondenti al vero, produca documenti falsi, occulti prove, ovvero agevoli illecitamente gli intenti fraudolenti di TERZI, egli perderà il diritto a ogni INDENNIZZO e il presente contratto sarà automaticamente risolto senza alcuna restituzione di PREMIO, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro l'ASSICURATO per Indennizzi già effettuati.

d) **Procedure di rinnovo**

In mancanza di disdetta, spedita mediante lettera raccomandata entro e non oltre 60 giorni prima del termine del Periodo d'Assicurazione indicato nel CERTIFICATO, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno si rinnoverà tacitamente di anno in anno.

Il tacito rinnovo non sarà operante se durante la vigenza della POLIZZA venissero notificate dall'ASSICURATO CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO agli ASSICURATORI.

Dual Italia S.p.a. si riserva il diritto di modificare i suoi corrispondenti ASSICURATORI al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Condizioni Generali di Assicurazione Sezione B

1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni dell'ASSICURATO, il quale è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale PERDITA del diritto all'INDENNIZZO.

Tali disposizioni si applicano anche a ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.

2. Altre assicurazioni

L'ASSICURATO deve comunicare per iscritto agli ASSICURATORI l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO deve darne avviso a tutti gli ASSICURATORI comunicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, questo contratto opererà a 2° rischio, cioè per l'eccedenza dei Limiti di INDENNIZZO rispetto alla copertura delle altre polizze assicurative.

3. Pagamento del PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in POLIZZA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'ASSICURATO non paga i premi o le rate di PREMIO successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art.1901 C.C.).

4. Modifiche / Cessione dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche o cessioni dei diritti e interessi della presente Assicurazione saranno considerate valide solo se dichiarate per iscritto dall'ASSICURATO e accettate dagli ASSICURATORI con relativa emissione di un'appendice alla POLIZZA.

5. Aggravamento del rischio

L'ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni aggravamento o cambiamento del rischio.

Gli aggravamenti o cambiamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la PERDITA totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto. (Art. 1898 del Codice Civile).

6. Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO o parte di esso a ricezione di tale comunicazione dall'ASSICURATO (Art. 1897 del Codice Civile) rinunciando sin da ora al relativo diritto di recesso.

7. Pagamento dell'INDENNIZZO

Valutata la PERDITA, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione, gli ASSICURATORI provvederanno al pagamento di quanto loro compete entro 30 giorni dalla firma dell'atto di liquidazione consensuale tra le Parti.

8. Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'ASSICURATO.

9. Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato valgono le norme di Legge italiana in materia.

10. Estensione Territoriale

La POLIZZA opera, subordinatamente ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni ivi previsti per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO originate da ATTI ILLECITI posti in essere esclusivamente nei territori dell'Unione Europea e Svizzera, fermo restando che in caso di RICHIESTE DI RISARCIMENTO che abbiano dato luogo a procedimenti giudiziari, l'assicurazione di cui alla presente POLIZZA opera limitatamente alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate innanzi all'autorità giudiziaria della Repubblica Italiana od oggetto di decisioni rese da autorità giudiziarie straniere e riconosciute in Italia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

11. Arbitrato

In caso di controversia tra ASSICURATO e ASSICURATORI sulla natura della RICHIESTA DI RISARCIMENTO e sull'operatività della presente POLIZZA si dovrà ricorrere a un Arbitrato rituale, ai sensi dell'Art. 809 e seguenti del Codice di Procedura Civile, composto da tre arbitri uno nominato dall'ASSICURATO, uno dagli ASSICURATORI e il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o in caso di disaccordo dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione ove risiede l'ASSICURATO. Almeno uno dei tre arbitri sarà scelto tra i professionisti iscritti all'Albo dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione dove risiede l'ASSICURATO. L'arbitrato dovrà svolgersi in Italia.

Ciascuna delle Parti risponde delle spetanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro. Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

12. Elezione di domicilio

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli ASSICURATORI eleggono domicilio presso :

DLA Piper, Studio Legale Tributario Associato
Via Gabrio Casati, 1
20123 Milano
Telefono +39 02 806181 - Fax +39 02 80618201

13. Comunicazioni

Qualora la POLIZZA sia stipulata per il tramite di un INTERMEDIARIO iscritto nella Sezione B del R.U.I. (broker) (nel seguito "Il Broker"), con la sottoscrizione della presente POLIZZA, il CONTRAENTE/ASSICURATO prende atto e accetta quanto segue:

- Ogni comunicazione da DUAL Italia S.p.A. al Broker si considererà effettuata al CONTRAENTE/ASSICURATO;
- Ogni comunicazione a DUAL Italia S.p.A. dal Broker si considererà effettuata dal CONTRAENTE/ASSICURATO;
- Ogni comunicazione da DUAL Italia S.p.A. al Broker e/o al CONTRAENTE/ASSICURATO si considererà effettuata dagli ASSICURATORI;
- Ogni comunicazione a DUAL Italia S.p.A. dal Broker e/o dal CONTRAENTE/ASSICURATO si considererà effettuata agli ASSICURATORI.

14. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, fatta eccezione per quelle sulla natura della RICHIESTA DI RISARCIMENTO e sull'operatività della presente POLIZZA, è competente l'autorità giudiziaria del comune di residenza o domicilio di DUAL ITALIA S.P.A. (come definita dal Glossario).

GLOSSARIO

“DUAL Visto di Conformità”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DERIVANTE DALL'APPOSIZIONE DEL VISTO DI CONFORMITA' COMMERCIALISTI – CONSULENTI DEL LAVORO

Nel seguito sono indicate le definizioni della polizza (elencate nell'ARTICOLO "DEFINIZIONI" delle condizioni) e, in carattere corsivo, alcuni ulteriori termini utili ad una migliore comprensione del contratto assicurativo.

“ASSICURATO”: in caso di persona fisica si intende la Ditta individuale nominata al punto 1 del Certificato. in caso di Associazione Professionale o di Studio Associato o di Società si intende l'Associazione Professionale o lo Studio Associato o la Società nominata nel Certificato, i partners, i professionisti associati e tutti i soci esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'Associazione professionale o dello Studio Associato o della Società.

Per Assicurato si intende anche colui che è stato partner in passato, che lo è al momento della stipulazione del contratto o che lo diventa durante la vigenza della polizza.

“ASSICURATORI”: ARCH INSURANCE COMPANY (EUROPE) LTD.

“ATTI TERRORISTICI”: a titolo esemplificativo e non esaustivo, atti di forza e/o violenza:

- (I) per ragioni politiche e/o religiose;
- (II) contro autorità governative od altre autorità statali;
- (III) volti ad incutere paura nella popolazione.

“ATTO ILLECITO”: qualsiasi effettivo o presunto atto colposo, infrazione di obblighi, errori, dichiarazioni inesatte, omissioni, compiuti dall'Assicurato o da uno dei suoi Collaboratori. Qualsiasi effettivo o presunto atto doloso o fraudolento che provochi una Perdita a Terzi compiuto dai Collaboratori dell'Assicurato.

“CERTIFICATO”: il documento allegato alla polizza che riporta i dati dell'Assicurato e la sua attività, il Periodo dell'Assicurazione, il Limite di Indennizzo, il Premio ed eventuali dettagli dell'Assicurazione. Il Certificato forma parte integrante del contratto.

“CIRCOSTANZA”:

- a) qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una Richiesta di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato;
- b) qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta dell'Assicurato, da cui possa trarne origine una Richiesta di Risarcimento.
- c) qualsiasi atto o fatto di cui l'Assicurato sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo ad una Richiesta di Risarcimento nei suoi confronti.

“COLLABORATORI”: Qualsiasi persona fisica che opera, ha operato od opererà per conto dell'Assicurato in qualità di:

- dipendente, praticante, apprendista, studente, ausiliario giudiziario, sostituto

d'udienza, collaboratore, consulente, corrispondente italiano od estero;

anche a tempo pieno o part-time, in periodo di formazione, per incarichi sostitutivi, per incarichi temporanei con l'Assicurato nello svolgimento delle attività previste nell'Oggetto dell'Assicurazione.

"CONTRAENTE" la persona fisica, l'Associazione Professionale, lo Studio Associato o la Società indicati nel Certificato che stipula l'Assicurazione per conto dell'Assicurato.

"CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CLAIMS MADE": *il contratto di assicurazione che prevede la copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti degli assicurati durante il Periodo di Assicurazione e notificate agli Assicuratori nel medesimo periodo.*

"COSTI E SPESE": tutti i costi e le spese necessarie, ragionevolmente sostenute da o in nome e per conto dell'Assicurato derivanti dall'investigazione e/o dalla difesa e/o dalla gestione e/o dalla transazione di una Richiesta di Risarcimento, ivi compresi anche i relativi giudizi di impugnazione, previo il preventivo consenso scritto degli Assicuratori. Costi e Spese non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità dell'Assicurato e/o dei suoi Collaboratori. L'indennizzo per i compensi di Avvocati ai sensi della presente polizza non eccederà le tariffe professionali in vigore applicabili, salvo diverso accordo con gli Assicuratori. I Costi e le Spese, come previsto all'art. 1917 del Codice Civile, sono limitati al 25% dei Limiti di Indennizzo indicati nel Certificato e sono corrisposti in aggiunta agli stessi. Detti Costi e Spese non sono soggetti all'applicazione di alcuna Franchigia o Scoperto. Non saranno considerate Costi e Spese le attività di investigazione, monitoraggio e Perizia sostenute dagli Assicuratori.

"DANNI CORPORALI": il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.

"DANNI MATERIALI": il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).

"DUAL ITALIA S.P.A.": *l'intermediario assicurativo iscritto nella Sezione A del Registro Unico Intermediari IVASS al n. A000167405 incaricato dagli Assicuratori della ricezione e trasmissione delle comunicazioni in merito alla Polizza, della gestione delle Circostanze e Richieste di Risarcimento nonché, con specifico riferimento agli agenti senza rappresentanza incaricati dagli Assicuratori, dello svolgimento di taluni adempimenti tecnico/commerciali connessi all'attività dei medesimi agenti.*

"FRANCHIGIA": si intende l'importo in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato per ciascuna Perdita e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri. Gli Assicuratori pagheranno per ogni Perdita indennizzabile a termini del presente contratto soltanto le somme eccedenti tale ammontare.

"INDENNIZZO": si intende la somma dovuta dagli Assicuratori ai sensi della presente polizza.

"LIMITE DI INDENNIZZO": l'ammontare che rappresenta l'obbligazione massima degli

Assicuratori per ciascuna Perdita ed in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione compreso l'eventuale Maggior Termine per la notifica delle Richieste di Risarcimento. Tali ammontari sono specificatamente indicati nel Certificato e includono i COSTI E SPESE. Qualora nel presente contratto sia prevista per una voce un "sottolimito di Indennizzo" questo non è in aggiunta al Limite di Indennizzo ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.

"MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO": periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del Periodo di Assicurazione specificato nel Certificato, entro il quale l'Assicurato può notificare agli Assicuratori Richieste di risarcimento manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione e riferite ad un Atto Illecito commesso o che si presuma sia stato commesso, individualmente o collettivamente, durante il periodo di Assicurazione indicato nel Certificato e nel Periodo di Retroattività indicato alla voce RETROATTIVITA' del Certificato (se concesso).

"PERDITA": l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze o transazioni cui l'Assicurato sia tenuto per legge. I Costi e Spese sostenuti da un Terzo che l'Assicurato sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale. I Costi e Spese (soggette alla definizione COSTI E SPESE) sostenute dall'Assicurato con il consenso scritto degli Assicuratori nella attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'Assicurato per Responsabilità Civile.

"PERIODO DI ASSICURAZIONE": il periodo indicato nel Certificato.

"POLIZZA": il documento che prova l'assicurazione

"PREMIO": la somma dovuta dall'Assicurato agli Assicuratori

"PROPOSTA": il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile. La Proposta forma parte integrante del contratto.

"RETROATTIVITÀ": il periodo di tempo compreso tra la data nel Certificato alla voce RETROATTIVITA' e la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione indicata nel Certificato. Gli Assicuratori riterranno valide le Richieste di Risarcimento concernenti fatti o Circostanze denunciati per la prima volta dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione od il "Maggior Periodo per la notifica delle Richieste di Risarcimento" (se concesso) in conseguenza di Atti Illeciti perpetrati o che si presuma siano stati perpetrati individualmente o collettivamente entro detto periodo di Retroattività. I limiti di Indennizzo in aggregato indicati nel Certificato non s'intenderanno in alcun modo aumentati per effetto di questa estensione.

Resta inteso che nessuna copertura assicurativa è concessa agli Assicurati per la propria attività svolta anche precedentemente alla stipula della Polizza presso un'Associazione Professionale o uno Studio Associato o una Società diversa dal Contraente.

“RICHIESTA DI RISARCIMENTO”:

- a) qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali nei confronti dell'Assicurato, oppure
- b) qualsiasi contestazione scritta che presupponga un Atto Illecito inviata all'Assicurato.

Più Richieste di Risarcimento riferite o riconducibili al medesimo Atto Illecito anche se costituissero Perdite a più soggetti reclamanti, saranno considerate un'unica Richiesta di Risarcimento soggetta, in questo caso, a

- un unico Limite di Indennizzo
- un unico Scoperto o Franchigia.

“SCOPERTO”: si intende l'ammontare, calcolato in percentuale del risarcimento, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascuna Perdita e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri. Gli Assicuratori pagheranno per ogni Perdita indennizzabile a termini del presente contratto soltanto le somme eccedenti tale ammontare.

“SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO”: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio. Tale ammontare non si somma a quello del LIMITE DI INDENNIZZO, ma è una parte dello stesso.

“TERZO”: qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica diversa dall'Assicurato o dai suoi dipendenti. Il termine Terzo esclude:

- I. il coniuge (che non sia legalmente separato), i genitori, i figli e qualsiasi altro familiare che risieda con l'Assicurato;
- II. le imprese o Società di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o di cui sia direttamente od indirettamente azionista di maggioranza o controllante come previsto dal Codice Civile italiano;
- III. i Collaboratori dell'Assicurato nonché le persone che sono con questi in rapporti di parentela come previsto al precedente punto I.



DUAL Commercialisti visto di conformità

Proposta di assicurazione R.C. professionale il Visto di Conformità (Ed. 02.2014)

Questa Proposta si applica a professionisti e associazioni professionali il cui **fatturato, attribuibile all'attività di apposizione del visto di conformità, non sia superiore a € 100.000.** Compilata, datata e firmata, costituisce ordine fermo all'emissione della Polizza.

La seguente Proposta di assicurazione è in relazione ad un polizza "claims made". Essa copre esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato e notificate agli Assicuratori nel Periodo di Assicurazione, nei limiti e subordinatamente alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

La Polizza non opera in relazione a Richieste di Risarcimento che traggano origine da fatti o Circostanze esistenti e note all'Assicurato prima della data di decorrenza della Polizza.

Le risposte relative alle domande contenute nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza per gli Assicuratori. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo aver esperito un attento e completo esame della propria attività.

Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori in quanto, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del codice civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze in merito al rischio oggetto di assicurazione, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo.

INFORMAZIONI GENERALI

Contraente

Indirizzo

CAP CITTA'

P.IVA..... Codice Fiscale.....

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

1. Fatturato consuntivo dell'esercizio precedente attribuibile all'attività di visto di conformità €

Per fatturato dell'anno precedente si intende il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico presentato o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA presentata. Per le Società con esercizio fiscale diverso da anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA presentata o, qualora disponibile, dall'ultima comunicazione Dati IVA presentata.

ATTENZIONE: nel caso di risposta –Non Confermo anche ad una sola delle dichiarazioni che seguono la presente proposta si intenderà revocata ad ogni effetto.

2. In relazione alle seguenti attività:

- assistenza fiscale, come specificato dal D.M. 164/99, dalla circolare n. 13 del 06.04.2006 dell'Agenzia delle Entrate e successive modifiche e/o integrazioni di Legge;
- apposizione del visto di conformità

Confermo che il contraente **NON** ha mai ricevuto Richieste di Risarcimento o è a conoscenza di fatti che possano dare origine a Richieste di Risarcimento nei suoi confronti.....

Confermo

Non Confermo

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara: (i) di aver compreso le caratteristiche della polizza claims made; (ii) che le informazioni contenute nella presente proposta corrispondono a verità e che (iii) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta, e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli Assicuratori presteranno l'eventuale consenso alla stipulazione della polizza.

Mi impegno ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione del presente modulo proposta e riconosco che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli Assicuratori alla stipulazione del contratto.

“Codice della Privacy” (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) – Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” comunicatici ai fini della proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di mediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento IVASS in materia di intermediazione assicurativa. Detto “trattamento” potrà da noi essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarvi che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a “trasferimento”, Vi precisiamo che il “titolare” del “trattamento” è DUAL Italia S.p.A. con l’ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

PERIODICITA' e MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.

Qualora espressamente concordato con gli ASSICURATORI ed indicato nel CERTIFICATO, il pagamento del PREMIO potrà essere frazionato in una o più rate. Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. (come definita dal Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Dichiarazione del Proponente

Il Proponente dichiara che ha ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del Regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, proposta.

Data Firma del Proponente ✍

Limite di indennizzo per sinistro e per anno € 3.000.000 - Premio annuo lordo **220 Euro**

Data/...../..... Firma del Proponente per accettazione.....