

MODELLO ADESIONE DA INVIARE A MEZZO FAX
ALLO 02.48.00.94.47 - PER INFORMAZIONI TEL 02.48.00.46.77

Cod. Partner _____

**ASSICURAZIONE PER LA
RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE**
(Responsabilità Amministrativa ed amministrativo contabile)

Assicurato _____	
Indirizzo _____	
Cap _____	Città _____ Prov. _____
Tel. Abitazione _____	Cellulare _____
e-mail _____	Fax _____
Tel. Ente _____	Fax Ente _____
Cod. Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Partita IVA __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Data di nascita __ __ __	Luogo di nascita _____ Prov. _____

Premio alla firma € _____	Rata successiva € _____
---------------------------	-------------------------

ATTENZIONE: attendere la conferma di emissione del contratto prima di effettuare il pagamento.

PAGAMENTO

<input type="checkbox"/> con assegno NON TRASFERIBILE intestato ad ASA BROKER STEFFANO
<input type="checkbox"/> con bonifico bancario intestato a ASA BROKER STEFFANO: Iban IT 54 W 05584 01672 000000000612
<input type="checkbox"/> con addebito sulla mia Carta di Credito: <input type="checkbox"/> VISA - <input type="checkbox"/> MASTERCARD
Nr. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Scad. __ __ / __ __ CVV __ __ __ *
* ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

ATTENZIONE Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D. Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa; **Nel rispetto della vigente normativa**, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e. Dichiaro altresì di aver stampato preso visione e conservato nota informativa, informativa precontrattuale e condizioni di polizza.

Data: ____/____/____



(Firma dell'assicurato)

