MODELLO ADESIONE DA INVIARE A MEZZO FAX **Cod. Partner** _____
ALLO 02.48.00.94.47 - PER INFORMAZIONI TEL 02.48.00.46.77

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE

(Responsabilità Amministrativa ed amministrativo contabile)

è esclusa la responsabilità derivante o attribuibile a danni materiali

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

☐ con assegno NON TRASFERIBILE intestato ad ASA BROKER STEFFANO

☐ con bonifico bancario intestato a ASA BROKER STEFFANO: Iban IT 54 W 05584 01672 000000000612

☐ con addebito sulla mia Carta di Credito: ☐ VISA - ☐ 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)

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO TRAMITE FAX 02.48.00.94.47

Assicurato_____

Indirizzo_____

Cap _____**Città**_____ **Prov.** _____

Cod. Fiscale|__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|

Tipo Ente nr. 1 _____

Carica ricoperta nr. 1_____**Rif. Carica**_____

Presso l'Ente 1 _____ **Provincia** _____

Tipo Ente nr. 2 _____

Carica ricoperta nr. 2 _____**Rif. Carica**_____

Presso l'Ente 2 _____ **Provincia** _____

Tipo Ente nr. 3 _____

Carica ricoperta nr. 3 _____**Rif. Carica**_____

Presso l'Ente 3 _____ **Provincia** _____

Effetto____/____/_____ **Scadenza**____/____/_____

MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO (barrare l'opzione prescelta):

€ 1.000.000 ☐	**€ 1.500.000** ☐	**€ 2.500.000** ☐

massimale per corresponsabilità euro 5.000.000

AVVISO IMPORTANTE: "Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art.1892 comma I codice Civile)

DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI / CIRCOSTANZE NOTE

Agli effetti di quanto disposto dagli articolo 1892-1893-1894 del Codice Civile io sottoscritto dichiaro di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a me imputabile, già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.

Data: _____/_____/_____ _____

(Firma dell'assicurato)

Il contraente dichiara di aver 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."

_____

(nome e cognome **leggibi**)

Data: _____/_____/_____ _____

(Firma dell'assicurato)