

Modulo adesione polizza RC professionale Commercialisti

Contraente LUCA ROSSI		Assicurato LUCA ROSSI	
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. Abitazione		Cellulare	
E-mail		Fax	
Cod. Fiscale		Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.
Iscritto all'Ordine di		Data e Nr iscrizione	
Azienda/Studio			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.		Fax	
Attività		Altra eventuale attività svolta	
Iscritto albo	Nr. Iscr. Albo		Prov.
Fatturato anno precedente €		Fatturato previsto anno in corso €	
Estensioni richieste:			
Altre assicurazioni personali in corso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Compagnia			
Num.	Massimale	Scadenza	
Se disdettata dalla compagnia, indicarne il motivo:			
Negli ultimi 5 anni l'assicurato ha ricevuto richieste risarcimento e/o avvisi di garanzia			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se si indicare motivazione e data:			
L'assicurando è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento per i danni che formeranno oggetto del contratto			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo allegare documentazione a riguardo			
L'assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*Effetto 10 10 2022 Scadenza 10 10 2023 Prima rata			
*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento			
MASSIMALE: € 1000000 ,00 per anno e per sinistro Franchigia: € ,00			

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza 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 con copertura policy made come definito dall'art. 14 - Inizio e termine della garanzia (periodo dell'assicurazione) delle condizioni di assicurazione. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data **MILANO (MI)** | 10 | 10 | 2022 |

(Firma del Contraente)