

Amministratore di Condominio

1 ASSICURATO

COMPILARE IN STAMPATELLO

Cognome e nome _____
 Indirizzo _____
 Cap _____ Città _____ Provincia _____
 Tel. _____ Cell. _____ Fax _____
 e-mail _____ PEC _____
 P. IVA _____ Cod. Fiscale _____

2 FATTURATO ANNUO

Esercizio precedente € _____ [al netto di IVA]

N° _____ Dipendenti _____

3 TARIFFE

MASSIMALI

€ 500.000

€ 1.000.000

€ 1.500.000

FASCE FATTURATO €

PREMI ANNUI LORDI €

0 - 25.000	<input type="checkbox"/>	214,00	<input type="checkbox"/>	300,00	<input type="checkbox"/>	371,00
25.001 - 50.000	<input type="checkbox"/>	276,00	<input type="checkbox"/>	386,00	<input type="checkbox"/>	476,00
50.001 - 100.000	<input type="checkbox"/>	381,00	<input type="checkbox"/>	538,00	<input type="checkbox"/>	671,00
100.001 - 250.000	<input type="checkbox"/>	0,40%	<input type="checkbox"/>	0,55%	<input type="checkbox"/>	0,68%
oltre 250.001	<input type="checkbox"/>	RD	<input type="checkbox"/>	RD	<input type="checkbox"/>	RD

Dichiarazioni dell'Assicurato

4 POLIZZE in CORSO o ANNULLATE

- Polizze in **corso** per il medesimo rischio? NO SI Compagnia _____
 Massimale _____ Scadenza _____
- Sono state **annulate/disdette** polizze R.C. Professionale? NO SI Quando? _____
 Da quale Compagnia? _____ Per quali motivi? _____
- Ha **richiesto** altre quotazioni negli ultimi 90 giorni? NO SI Compagnia _____

5 SINISTRI - CIRCOSTANZE / EVENTI - Negli ultimi 5 anni:

- sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilità professionale?
- oppure è a conoscenza di **Circostanze o Eventi** che possano dare origine a una richiesta di risarcimento?

NO SI

N.B.

IN CASO DI RISPOSTE Affermative LA COMPAGNIA SI RISERVA L'ASSUNZIONE DEL RISCHIO

N.B.

6 per ASSICURARSI

Il **Contraente** provvede al versamento del premio imposte comprese, mediante uno dei pagamenti, sotto indicati ed **inviare proposta compilata e firmata allegando:**

- Attestazione di Pagamento • Documento di Identità
- Codice Fiscale • Informativa alla Clientela

PAGAMENTO

Premio € _____

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N° CONTO	BANCA
IT	08	L	02008	01606	000040178138	UNICREDIT BANCA
IT	23	V	07601	01600	000018453209	BANCO POSTA

ASSITA S.p.A.

02 48.18.897

assunzione@assita.com

assita@pec.assita.it

ai **SENSI** del **REGOLAMENTO IVASS** N° 40 e 41 del 2 Agosto 2018

Il **Contraente e/o l'Assicurato** dichiarano che prima della conclusione del presente contratto hanno ricevuto copia dei singoli documenti:
 NOTA INFORMATIVA / GLOSSARIO - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - MODULO DI PROPOSTA - QUESTIONARIO ADEGUATEZZA/COERENZA - INFORMATIVA PRIVACY EX ARTICOLO 13 D. LGS. N° 196/03, contenuti nel **FASCICOLO INFORMATIVO** e **INFORMATIVA** alla **CLIENTELA**. **Prendono inoltre atto che ASSITA è autorizzata all'incasso del premio ai sensi dell'art. 118 D. leg. 209/2005.**

data _____ CONTRAENTE - ASSICURATO **FIRMA** _____

Agli effetti dell'Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli contenuti nell'allegato Contratto di Assicurazione: Art.1 Garanzie; Cosa copriamo; Art.2 Estensioni; Benefici aggiuntivi della copertura; Art.3 Definizioni: Il significato dei termini corsivo; Art.4 Esclusioni; Art.5 Richieste di risarcimento: come e quando notificarle; Art.6 Gestione della difesa; Art.7 Stipulazione della copertura assicurativa e gestione dei rapporti; Art.8 Massimale e Franchigia; Art.9 Disposizioni generali.

data _____ CONTRAENTE - ASSICURATO **FIRMA** _____