

MODULO DI SOTTOSCRIZIONE POLIZZA RC PROFESSIONALE VISTO DI CONFORMITÀ

Inviare il modulo compilato a info.broker@plussimple.com unitamente alla copia della contabile del pagamento da effettuarsi nella seguente modalità: Bonifico Bancario alle Coordinate: IBAN IT57E0306905284100000002594 intestato a +Simple Italia Broker indicando nome cognome e/o ragione sociale dell'assicurato

DATI ANAGRAFICI PER SOTTOSCRIVERE LA POLIZZA

CONTRAENTE _____
E-Mail _____ Tel. _____
Cellulare _____ C.F./P.IVA _____
Indirizzo (via, città, cap, provincia) _____

GARANZIE OPERANTI*

Massimale: 3.000.000,00 € - per sinistro e per anno assicurativo

Estensione territoriale: ITALIA (vedere art. 23 delle Cond. Particolari)

Data di retroattività: dalle ore 24:00 dalla data di inizio copertura

TIPO CONTRATTO	OPZIONE "A"	OPZIONE "B"
GARANZIE OPERANTI	Polizza Visto di Conformità senza 730 (art. 18)	Polizza Visto di Conformità comprensivo con 730 (artt. 18 e 24)
FRANCHIGIE	€ 300,00 ogni sinistro	€ 2.500,00 per sinistri relativi al 730 Precompilato € 300,00 ogni altro sinistro
PREMIO ANNUO LORDO	<input type="checkbox"/> € 168,00	<input type="checkbox"/> € 240,00

* Per quanto concerne gli Studi associati non è più possibile dare un'unica polizza cumulativa; pertanto, ciascun professionista appartenete allo studio che appone il Visto di Conformità dovrà compilare il suddetto questionario.

SINISTRI E CIRCOSTANZE – se SI inviare allegare documentazione

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (obbligatorio sottoscrivere per essere inseriti nell'archivio)

Informativa ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali. La informiamo che, per l'instaurazione del rapporto associativo, l'Associazione deve trattare i suoi dati personali, pertanto Le forniamo le seguenti informazioni essenziali. I Suoi dati vengono/verranno trattati per consentire una efficace gestione dei rapporti e per tutte le attività e finalità statutarie, nonché in relazione alle esigenze contrattuali nascenti dalle eventuali convenzioni che andrà a sottoscrivere ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali. In relazione ai suoi dati personali potrà esercitare tutti i diritti previsti dall'art. 7 del Dlgs 196/2003, rivolgendosi direttamente a Anc, Via G. Caselli, 34 - 00149 Roma. Avendo ricevuto l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, il sottoscritto autorizza Studio mangano Assicurazioni e finanza e Anc al trattamento dei propri dati personali in relazione alle finalità previste dallo statuto associativo.

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____