ASA BROKER

PROPOSTA POLIZZA R. C. PROFESSIONISTI

Contraente_____

Indirizzo_____

Cap _____**Città** _____ **Pv** _____

Tel. _____/_____ **Fax** _____/_____

e-mail _____

Cod. Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Partita Iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Professionisti dello studio:

_____

_____

_____

Altre assicurazioni: Compagnia* _____

Num. _____ **Massimale** _____**milioni Effetto**|__|__|___| **Scadenza** |__|__|____|

Se cessate indicarne il motivo_____

L'assicurando ha ricevuto richieste di risarcimento e o avvisi di garanzia SI |__| **NO** |__|

Se si quando |___|___|____| **e indicarne il motivo** _____

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 |__| **NO** |__|

In caso affermativo riportare informazioni dettagliate

_____

L'Assicurando ha in corso provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine SI |__| **NO** |__|

Iscritto Albo _____

Nr. Iscr. Albo _____ **della Provincia di** _____

Compagnia delegataria: _____

Estensioni richieste |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

|__| estensione alla R.C.O. |___| esclusione imposte e ammende ai clienti

Fatturato preventivato € _____

R.C. Massimale _____ **milioni di €**

Effetto |____|____|_____| **Scadenza** |____|____|_____| **Durata anni** |___| **con tacito rinnovo**

Premio Annuo Rc |_____|

Pagamento |__| **Immediato con copertura dalle 24 del** |_____|_____|_____|

|__| A mezzo Bonifico |__| Assegno |__| Alla consegna della polizza

|__| A mezzo Carta di credito |__| Carta SI |__| VISA Data di scadenza |___|___| |___|___|

Numero carta |___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|___|___|___|

Luogo e data _____|____|____|_____| _____

(Firma del Contraente)