

## Polizza di Assicurazione **RISCHIO CYBER**

Riservata a Liberi Professionisti con fatturato annuo inferiore a € 200.000,00  
**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Professione		
Effetto	Scadenza	

La polizza dovrà avere effetto l'ultimo giorno del mese ed avrà prima scadenza 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

L'importo annuo compresa quota associativa **SYMPOSIUM** per l'anno 2018/2019 è di € 120,00

### Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

**Bonifico bancario:** UBI BANCA - Filiale 5563 MILANO C/C intestato  
**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 68 K 03111 01618 0000 0000 4990** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**  VISA  MASTERCARD

NR. |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Scad. |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_| CVV\*|\_|\_|\_|\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**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.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_