MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Peri informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Modulo Proposta per **Polizza Rischio Cyber**

Riservata a Liberi Professionisti con fatturato annuo inferiore a € 200.000,00

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*_____

LU Liability Underwriting Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20
Tel. **+39 02.87.19.95.38** - Fax +39 02.87.18.15.09
www.luliabilityunderwriting.it
E-mail **info@luliabilityunderwriting.it** PEC **info@luliabilityunderwriting.eu**
P.Iva e Codice Fiscale 10063880966 - Iscr. RUI A000584168 del 12.10.2017