

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'assicurato ha ricevuto richieste di risarcimento e o avvisi di garanzia SI NO

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

L'assicurato 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)

dal 1928 in Milano STEFFANO una storia che continua