

Spettabile
GRUPPO AZIENDALE AGENTI
ITALIANA ASSICURAZIONI
Via Burlamacchi 11
20135 Milano

RICHIESTA DI ADESIONE AL GRUPPO

Con la presente io sottoscritto _____ Agente dell'Agenzia
di _____ Cod. _____ faccio richiesta di adesione e iscrizione al Gruppo Agenti
(crocettare il riquadro di riferimento)

☐ Per me individualmente:

NOME E COGNOME _____
NATO/A il _____ a _____
RESIDENTE a _____ (indirizzo) _____
CODICE FISCALE _____
TEL. FISSO _____ TEL. MOBILE _____
E-MAIL PERSONALE _____
PEC (posta elettr. certificata) _____

☐ Per la mia Società:

Ragione Sociale _____
Part. IVA _____ Cod. Agenzia _____ Città _____
Indirizzo Sede legale _____
(se ditta individuale indicare anche Cod. Fisc.) _____
DATA NOMINA: _____
TEL. FISSO _____
E-MAIL PERSONALE _____
PEC (posta elettr. certificata) _____

In caso di Agenti soci, indicare nome e cognome e indirizzo privato

1) NOME E COGNOME _____ Cod.Fisc. _____
NATO/A il _____ a _____
INDIRIZZO PRIVATO _____
TEL. FISSO _____ TEL. MOBILE _____
E-MAIL PERSONALE _____
PEC (posta elettr. certificata) _____

2) NOME E COGNOME _____ Cod.Fisc. _____
NATO/A il _____ a _____
INDIRIZZO PRIVATO _____
TEL. FISSO _____ TEL. MOBILE _____
E-MAIL PERSONALE _____
PEC (posta elettr. certificata) _____

3) NOME E COGNOME_____Cod. Fisc_____

NATO/A il _____ a _____

INDIRIZZO PRIVATO_____

TEL. FISSO_____TEL. MOBILE_____

E-MAIL PERSONALE_____

PEC (posta elettr. certificata)_____

4) NOME E COGNOME_____Cod. Fisc_____

NATO/A il _____ a _____

INDIRIZZO PRIVATO_____

TEL. FISSO_____TEL. MOBILE_____

E-MAIL PERSONALE_____

PEC (posta elettr. certificata)_____

Io sottoscritto dichiaro la piena disponibilità a prendere visione dello statuto, del regolamento del Gruppo e a condividerne senza alcuna eccezione gli scopi e finalità, consapevole che l'iscrizione allo stesso comporta l'automatica adesione al Fondo di Solidarietà e l'obbligatoria associazione alla Cooperativa Servizi Integrati Soc. Coop. a r.l. di seguito CSI, società "braccio operativo" del Gruppo.

Autorizzo il Gruppo ad incassare tramite addebito sugli estratti conto della Compagnia le quote associative annuali di mia spettanza e cioè

- quota di iscrizione al Gruppo Agenti
- quota Fondo di Solidarietà
- quota CSI.

Prendo atto che:

- l'iscrizione al Gruppo è subordinata alla ratifica del Comitato di Presidenza che dovrà avvenire entro il 31/12 del corrente anno o dell'anno successivo nel caso in cui la nomina intervenga oltre il 31 ottobre.
- la presente richiesta dà diritto all'immediata copertura assicurativa relativa alla polizza di RC professionale obbligatoria ai sensi del regolamento IVASS.
- riceverò dalla Segreteria del Gruppo la documentazione necessaria al completamento dell'iscrizione.

Indicare crocettando SI /NO

1) <i>Adesione alla polizza di RC professionale</i>	SI	NO
2) <i>Adesione alla polizza Cauzione di mandato</i>	SI	NO
3) <i>Adesione Polizza Sanitaria</i>	SI	NO
4) <i>Adesione alla polizza Infortuni</i>	SI	NO
5) <i>Adesione alla polizza I.P.M.</i>	SI	NO
6) <i>Adesione alla polizza T.C.M.</i>	SI	NO

N.B. Per ulteriori informazioni, quali ad esempio le agevolazioni sulle polizze facoltative riservate agli Agenti, rivolgersi all'Ufficio Segreteria Gruppo Agenti, con sede in Via Burlamacchi 11 Milano – Tel. n.028053009 , 0287068274 - Fax n.0286994843, 0289950425 mail info@agentitaliana.org - mail PEC : info@pec.agentitaliana.it

Firma (e timbro se Società)

_____ (Luogo e data)_____

È OBBLIGATORIO SOTTOSCRIVERE L'ALLEGATA LETTERA "INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" E RENDERLA CON LA PRESENTE SCHEDA. GRAZIE
VED. ALLEG. COSTI ADESIONE GRUPPO E POLIZZE IN CONVENZIONE