

Spett.le
Istituto di Brokeraggio Assicurativo
San Pietro Broker
Piazzale Gregorio VII, n. 22
00165 – ROMA (RM)

**CONFERIMENTO DI MANDATO ESPLORATIVO E DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE
ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TELEMATICI**

Il sottoscritto/a.....nato/a Prov.
il.....residente in.....Prov.....CAP
.....Via/P.zza.....nr.....C.F.....

- Nella qualità di Persona Fisica/Amministratore/Procuratore/Dirigente della Società/Associazione/Ente/Ditta Individuale denominata:

.....
Con sede inPr.....Via/P.zza.....nr.....CAP.....
Partita IVA.....Cod. Fiscale.....

con la presente, conferisce alla Società Istituto di Brokeraggio Assicurativo San Pietro S.r.l., con sede in P.le Gregorio VII, n.22 Roma, in base al D.Lgs. N. 209/2005, regolarmente iscritta al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI), tenuto dall'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Ente di Diritto Pubblico - con numero di iscrizione B000169030 - Sezione B, mandato per la ricerca e la presentazione di condizioni e preventivi relativi alle coperture assicurative richieste dallo/a scrivente.

Ai fini del possibile espletamento del presente incarico, mi impegno a farVi pervenire, con sollecitudine, ogni documento o informazione relativa ai rischi oggetto del presente mandato, o propedeutici alla quotazione degli stessi (es.: questionari, ecc.), nonché a fornirvi eventuali aggiornamenti relativi allo stato dei rischi, modifiche e/o implementazioni degli stessi.

Qualsiasi notizia relativa alla mia persona o alla azienda della quale veniate a conoscenza per effetto del presente mandato deve essere da voi utilizzata al solo scopo predetto, essendo autorizzati ad informarne - con riservatezza - solamente compagnie di assicurazione o altri operatori del settore.

Da parte mia, provvederò a non divulgare - senza il vostro esplicito consenso - quanto mi esporrete relativamente al presente incarico, riconoscendo che un comportamento contrario potrebbe provocarVi un danno soggetto ad essere risarcito.

Il presente mandato, che sarà svolto senza alcun onere a mio carico e senza obbligo di disdetta, potrà essere sostituito in qualsiasi momento dall'eventuale affidamento di un mandato in esclusiva per la gestione del nostro programma assicurativo, mandato che vi affideremo qualora il vostro lavoro sia valutato positivamente.

Dichiaro altresì di:

AUTORIZZARE l'invio di comunicazioni e documenti inerenti all'attività di intermediazione assicurativa tramite strumenti telematici al seguente indirizzo di posta elettronica:, impegnandomi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni dei recapiti indicati.

NON AUTORIZZARE l'invio di comunicazioni e documenti inerenti all'attività di intermediazione assicurativa tramite strumenti telematici.

La presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento.

Timbro/Firma

_____, li _____
