

Spett.le
I.B.S. S.r.l.
P.le Gregorio VII, nr. 22
00165 Roma (RM)

OGGETTO: CONFERIMENTO DI INCARICO DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO

Con la presente, preso atto che la Vostra società Istituto di Brokeraggio Assicurativo San Pietro Broker s.r.l. (di seguito denominata Broker), è iscritta alla sezione B del Registro Unico Intermediari di Assicurazione (R.U.I.) al numero B000169030,

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

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

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

Vi affida l'incarico di amministrare, in via esclusiva,

il mio/nostro portafoglio assicurativo;

le singole polizze per cui abbiamo fornito informazioni e/o compilato apposito questionario, autorizzandoVi ad intrattenere, nel mio/nostro interesse, tutti i rapporti con il mercato assicurativo e a negoziare con lo stesso la scelta, le coperture, le modifiche ed in genere qualsiasi altro atto che dovesse rendersi necessario.

Prendo atto che in attuazione del presente incarico mi fornirete tutta l'assistenza necessaria alla tutela dei miei/nostri interessi nei confronti delle Compagnie di Assicurazione, inclusa l'assistenza e la gestione ordinaria degli eventuali sinistri.

Noi ci impegniamo a farVi pervenire nelle forme previste dalla legge ed ove espressamente autorizzati dalle imprese di assicurazione interessate, i premi dovuti agli Assicuratori nei tempi necessari alla corretta copertura dei contratti ed inoltre provvederemo a comunicare tempestivamente i dati da Voi richiesti per la gestione dei contratti.

Resta ferma la mia/nostra piena libertà di accettare o meno la stipulazione delle polizze e la liquidazione dei sinistri che ci verranno da Voi proposti.

Il presente incarico ha effetto dalla data odierna e si intende conferito per la durata di un anno, lo stesso si intenderà tacitamente rinnovato per un'ulteriore annualità in mancanza di revoca da parte mia/nostra o di rinuncia da parte Vostra previo preavviso in entrambi i casi di novanta giorni, da comunicarsi a mezzo raccomandata A.R. o via PEC. Resta inteso che il Vostro servizio ci viene prestato con un onere a mio/nostro carico pari al 10% del premio lordo, con un minimo di euro 50.00 (cfr. MUP sezione V – Informazioni sulle remunerazioni).

RingraziandoVi in anticipo per la Vostra collaborazione, Vi porgiamo i nostri migliori saluti.

_____ li _____

Timbro/firma cliente

Timbro/firma broker