

## SU CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

(Ragione Sociale)  
(Indirizzo, n. civ.)  
((cap) (comune) (prov.))  
(P. Iva)  
(Rapp. Legale)

Spett.le  
**ASSIDAGA BROKER SRL**  
Piazza Pietro Nenni, 49/A  
71045 Orta Nova (FG)  
P.Iva 04317020719  
RUI B000668764

### OGGETTO: MANDATO DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO

Con la presente, preso atto del D.lgs. n. 209/2005 (Codice della Assicurazioni Private) e del Reg. Ivass n. 40/2018 in materia di distribuzione assicurativa, **Vi nominiamo nostri Broker esclusivi** e pertanto Vi conferiamo l'incarico di prestarci consulenza ed assistenza nella gestione del nostro programma assicurativo, relativamente a tutte le esigenze assicurative presenti e future, nonché le modifiche che si rendessero necessarie, assistendoci altresì nella gestione di eventuali sinistri.

Pertanto, in merito alle polizze in corso, Vi preghiamo innanzitutto di contattare per nostro conto le imprese detentrici dei rischi ed eventuali intermediari fino ad ora coinvolti, per rappresentare i termini del presente mandato di brokeraggio e programmare appena possibile – ed in ogni caso per il prossimo rinnovo delle polizze - il trasferimento alla Vostra Società della gestione delle polizze in essere.

Resta a noi riservata la sottoscrizione delle polizze assicurative e di ogni altro documento riguardante la gestione assicurativa, nonché delle comunicazioni di disdetta o di recesso relativamente alle polizze stesse, nonché l'accettazione delle proposte di liquidazione di eventuali sinistri. In ogni caso, ci impegniamo a non divulgare gli elaborati e le offerte da Voi predisposte.

Ci impegniamo sin da ora a renderVi i premi dovuti entro i termini previsti dalle polizze, nonché a fornirVi costanti aggiornamenti relativi lo stato dei rischi, modifiche e/o implementazione degli stessi.

Resta altresì inteso che l'incarico conferitoVi sarà svolto senza alcun onere a nostro carico, salvo eventuali prestazioni da concordarsi preventivamente, in quanto la Vostra opera verrà remunerata, secondo consuetudine di mercato, per il tramite delle imprese di assicurazione presso le quali sono collocate le nostre coperture.

La presente nomina, che ha effetto con decorrenza dalla data della presente, avrà durata annuale e sarà tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca scritta da inviarsi a cura di una delle parti a mezzo raccomandata a/r, con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla naturale scadenza dell'incarico.

Vi confermiamo che per i dati sensibili da noi comunicatiVi la sottoscritta ha ottenuto tutti i necessari consensi ed autorizzazioni in tal senso, in ottemperanza alle previsioni del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR).

A conferma di quanto sopra, restiamo in attesa di una Vostra conferma scritta.

Nella fiducia di instaurare una fattiva e proficua collaborazione, porgiamo i nostri migliori saluti.

(Luogo, data)

*In fede*



.....  
(Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma del legale rappresentante)

**Il presente documento NON costituisce mandato di brokeraggio, in quanto viene messo a disposizione degli utenti a puro titolo informativo.**