

RACCOMANDATA A.R.

All'Istituto per la vigilanza sulle  
assicurazioni private e di interesse  
collettivo - ISVAP  
Via del Quirinale, 21  
00187 ROMA

**Comunicazione per l'esercizio dell'attività di intermediazione in regime di stabilimento o di libertà di prestazione di servizi in altri Stati membri da parte delle società iscritte alle sezioni A, B o D del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.**

Il sottoscritto

Cognome

.....

Nome .....

in qualità di rappresentante legale della società.....<sup>1</sup> iscritta  
nella sezione.....<sup>2</sup> del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi con  
il numero.....

indirizzo e-mail della società .....

COMUNICA

l'intenzione della suddetta società di esercitare l'attività di intermediazione in  
.....<sup>3</sup> in regime di.....<sup>4</sup>

- a) libertà di stabilimento
- b) libertà di prestazione di servizi.

E DICHIARA<sup>5</sup>

- c) ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché consapevole delle disposizioni contenute nell'art. 75 del citato D.P.R. circa la decadenza della società ..... dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere:

- che la sede secondaria nello Stato di prestazione è situata in  
.....<sup>6</sup>;
- che il responsabile della sede secondaria di..... è il  
Sig.....(indicare cognome, nome e numero di  
iscrizione al registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi).

<sup>1</sup> Indicare la ragione o denominazione sociale.

<sup>2</sup> Precisare se sezione A , B o D.

<sup>3</sup> Indicare lo Stato membro o gli Stati membri di prestazione.

<sup>4</sup> Barrare la voce che interessa

<sup>5</sup> La dichiarazione di cui alla lettera c) dovrà essere resa esclusivamente nel caso in cui la società intenda operare in regime di stabilimento.

<sup>6</sup> Indicare la città e l'indirizzo completo per ogni Stato di prestazione.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data .....

Firma

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196: il sottoscritto dichiara di essere consapevole: che i dati sopra riportati sono raccolti dall'ISVAP in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione al registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui al d. lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi dati possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del registro; che un eventuale rifiuto di fornire i predetti dati comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione al registro.

Data .....

Firma

.....