

BOLLO  
Applicare una  
marca  
dell'importo  
previsto dalla  
disciplina  
vigente  
sull'imposta di  
bollo

**ALLEGATO N. 27A**

RACCOMANDATA A.R.

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

**Domanda per l'iscrizione, ai sensi dell'articolo 66 del regolamento ISVAP n.....del.....,  
delle persone fisiche nella sezione B del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui  
all'art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e 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 dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere,

Il sottoscritto

Cognome .....  
Nome .....  
Comune di nascita .....Prov. ....  
Stato Estero di nascita .....  
Data di nascita .....  
Sesso .....  
Codice fiscale .....

residente in

Comune .....Prov. ....  
Indirizzo .....CAP. ....

domicilio<sup>1</sup>/sede operativa in:

.....  
(Comune) (Prov.) (CAP) (Indirizzo)  
.....

indirizzo e-mail: .....

**CHIEDE**

<sup>1</sup> Compilare solo se l'indirizzo del domicilio o della sede operativa è diverso dall'indirizzo di residenza

di essere iscritto, ai sensi dell'art. 66 del regolamento ISVAP n.....del....., nella **sezione B** del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 per esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in qualità di<sup>2</sup>.....

ED A TAL FINE DICHIARA<sup>3</sup>

- a) di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 110, comma 1, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- b) di non essere pubblico dipendente con rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a tempo parziale che superi la metà dell'orario lavorativo a tempo pieno;
- c) di non essere iscritto nel ruolo dei periti assicurativi;
- d) di non dover sostenere la prova di idoneità di cui all'articolo 110, comma 2, del d. lgs. n. 209/2005 e di cui all'articolo 9 del regolamento ISVAP n.....del....., in quanto è stato iscritto nell'Albo dei mediatori di assicurazione e riassicurazione a far data dal.....con il numero di matricola....., è stato cancellato in data..... e la cancellazione non è stata disposta in forza di un provvedimento di radiazione;
- <sup>4</sup>e) di aver stipulato con l'impresa<sup>5</sup> .....la polizza di assicurazione della responsabilità civile di cui all'art. 110, comma 3, del decreto legislativo n. 209/2005, in conformità a quanto stabilito dall'art. 11 del regolamento ISVAP n.....del....., con particolare riferimento:
  - al periodo di validità della polizza;
  - ai massimali minimi di copertura;
  - all'inclusione nella copertura, oltre al sottoscritto, dei propri dipendenti, collaboratori e persone del cui operato deve rispondere a norma di legge, incluse le società, di cui alla sezione E, di cui eventualmente si avvale ed i relativi dipendenti, collaboratori ed altre persone del cui operato queste ultime devono rispondere a norma di legge;
- f) che la società .....(*indicare il codice fiscale*), per la quale svolgerà l'attività ha stipulato con l'impresa<sup>5</sup> .....la polizza di assicurazione della responsabilità civile prevista dall'art. 112, comma 3, del d. lgs. n. 209/2005, in conformità a quanto stabilito dall'art. 15 del regolamento ISVAP n.....del....., con particolare riferimento:
  - al periodo di validità della polizza;
  - ai massimali minimi di copertura;
  - all'inclusione nella copertura del sottoscritto;
- g) di avere provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente.
- Il sottoscritto dichiara altresì di aderire al Fondo di garanzia, previsto dall'articolo 115 del d. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, impegnandosi ai versamenti conseguenti.

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

Data .....

Firma

.....

<sup>2</sup> Indicare, tra i seguenti, il codice corrispondente alla qualifica con cui si intende svolgere la predetta attività: ditta individuale (codice: 06); responsabile dell'attività d'intermediazione (codice 08), rappresentante legale (codice 09), amministratore delegato (codice 10), direttore generale (11) di società iscritta o che ha presentato domanda d'iscrizione nella sezione B. Nel caso in cui l'attività verrà svolta per una società, indicare altresì il codice fiscale della società.

<sup>3</sup> Barrare le caselle relative alle singole voci.

<sup>4</sup> Barrare in alternativa la casella e) o f).

<sup>5</sup> Inserire il codice ISVAP, risultante dalla Tabella di cui all'allegato NN del regolamento ISVAP n.... del....., relativo all'impresa di assicurazione con cui è stata stipulata la polizza

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196: il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati 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

.....