

Spettabile
ASSIDEA&DELTA SRL
VIA ABATE GIMMA, 93
70122 BARI BA

Dati anagrafici del Dipendente / Contraente che rilascia la dichiarazione

Cognome e Nome :	ASL BARI
Se persona fisica, data e località di nascita:	-
Codice fiscale:	
Residenza: (via, cap, località, provincia)	

Estremi della polizza o dell'appendice a cui si riferisce la dichiarazione

Compagnia delegataria:	CITY INSURANCE
Ramo:	RCT/RCO
N° Polizza:	21294
Decorrenza:	30/06/2011
Note:	

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche;
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

*Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e
firma di un procuratore.*

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;

*Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e
firma di un procuratore.*

Si prega vivamente di restituire la presente dichiarazione compilata e sottoscritta