

ALLEGATO N. 8H

RACCOMANDATA A.R.

BOLLO
(applicare una marca dell'importo
previsto dalla disciplina vigente
sull'imposta di bollo)

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

Registro degli intermediari assicurativi
e riassicurativi

Domanda per l'iscrizione per titoli equipollenti delle persone fisiche, ai sensi dell'articolo 67 del regolamento ISVAP n. 5/2006, nella sezione A 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, 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 ☐ M ☐ F

Codice fiscale

Indirizzo e-mail

Recapiti telefonici

residente in

Comune Prov.

Indirizzo CAP.

domiciliato ¹ in

Comune Prov.

Indirizzo CAP.

con sede/i operativa/e indicata/e nell'allegata Tabella A

¹ Compilare solo se l'indirizzo del domicilio è diverso dall'indirizzo della residenza e se si intende ricevere eventuali comunicazioni a tale indirizzo.

CHIEDE

di essere iscritto nella **sezione A** 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 di²:

- ☐ a) soggetto che opera individualmente;
- ☐ b) responsabile dell'attività di intermediazione della/e seguente/i società iscritta/e o che ha/hanno presentato domanda d'iscrizione nella sezione A :

Denominazione o ragione sociale: _____

[illegible]

Denominazione o ragione sociale:

Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

a tal fine DICHIARA³

- ☐ a) di godere dei diritti civili;
- ☐ b) di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 110, comma 1, lett. b), c) e d), del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- ☐ c) 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;
- ☐ d) di non essere iscritto nel ruolo dei periti assicurativi;
- ☐ e) di non dover sostenere la prova di idoneità di cui all'articolo 110, comma 2, del d. lgs. n. 209/2005 ed all'articolo 9 del regolamento ISVAP n. 5/2006, in quanto ha maturato entro il 31 dicembre 2006 uno dei sotto indicati titoli equipollenti previsti dall'art. 5, comma 1, lett. c), della legge 7 febbraio 1979, n. 48⁴;
- ☐ f)⁵ di aver stipulato con l'impresa⁶ [] 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. 5/2006, con particolare riferimento all'inclusione nella copertura, oltre al sottoscritto, dei propri dipendenti, collaboratori e persone del cui operato deve rispondere a norma di legge, incluse le persone fisiche e le società, di cui alla sezione E, delle quali il sottoscritto eventualmente si avvale;
- ☐ g) di non aver stipulato la polizza di assicurazione della responsabilità civile di cui all'art. 110, comma 3, del decreto legislativo n. 209/2005;
- ☐ h) che la/e predetta/e società ha/hanno stipulato con l'impresa⁶ [] 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. 5/2006, la cui copertura si estende anche al sottoscritto;
- ☐ i) di avere provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente.

PARTE I

Titolo equipollente di dirigente di impresa di assicurazione o di società di mediazione assicurativa e/o riassicurativa.

- di essere stato assunto quale dirigente (o promosso all'incarico di dirigente o di aver ricevuto l'incarico di dirigente) presso (specificare la denominazione sociale dell'impresa di assicurazione o la ragione o denominazione sociale della società di mediazione assicurativa e/o riassicurativa) in data

² Barrare le caselle relative alle voci che interessano.

³ Barrare le caselle relative alle singole voci.

⁴ Compilare la Parte I, II, III, IV o V, a seconda del titolo equipollente che il richiedente intende far valere ai fini dell'iscrizione nel registro.

⁵ Barrare, tra le caselle f), q) ed h), quelle relative alle voci che interessano.

⁶ Inserire il codice ISVAP, risultante dalla tabella di cui all'allegato n. 9 del regolamento ISVAP n. 5/2006, relativo all'impresa di assicurazione con cui è stata stipulata la polizza.

- ☐ di aver svolto la suddetta attività, in via continuativa, dal.....al..... (indicare anche eventuali periodi di interruzione del rapporto e la loro durata).

PARTE II

Titolo equipollente di dipendente di impresa di assicurazione.

- ☐ di essere stato assunto⁷ in data presso l'impresa di assicurazione (indicare la denominazione sociale), con l'inquadramento di, previsto dal contratto collettivo di settore
- ☐ di aver svolto continuativamente l'attività di lavoro subordinato presso la suddetta impresa di assicurazione dal al..... (indicare anche eventuali periodi di interruzione del rapporto e la loro durata) con le seguenti mansioni:
..... (precisare l'esatto contenuto delle mansioni svolte);
- ☐ di aver rivestito i seguenti inquadramenti contrattuali negli anni (precisare gli inquadramenti rivestiti per ogni anno del triennio continuativo compreso nel quinquennio antecedente al 31 dicembre 2006).

PARTE III

Titolo equipollente di dipendente di agenzia di assicurazione

- ☐ di essere stato assunto⁷ in data presso l'agenzia
..... (indicare la denominazione o ragione sociale dell'agenzia, i dati anagrafici dell'agente, il numero di iscrizione all'Albo nazionale degli agenti di assicurazione nonché la denominazione dell'impresa di assicurazione mandante), con sede in (indicare comune e provincia), con l'inquadramento di, previsto dal contratto collettivo di settore
- ☐ di aver svolto continuativamente l'attività di lavoro subordinato presso la suddetta agenzia di assicurazione dalal (indicare anche eventuali periodi di interruzione del rapporto e la loro durata) con le seguenti mansioni:
..... (precisare l'esatto contenuto delle mansioni svolte);
- ☐ di aver rivestito i seguenti inquadramenti contrattuali negli anni (precisare gli inquadramenti rivestiti per ogni anno del triennio continuativo compreso nel quinquennio antecedente al 31 dicembre 2006).

PARTE IV

Titolo equipollente di procuratore di agenzia di assicurazione

- ☐ di essere stato nominato procuratore dall'agente
..... (indicare i dati anagrafici dell'agente, il recapito ed il numero di iscrizione all'Albo nazionale degli agenti di assicurazione, nonché la denominazione dell'impresa di assicurazione mandante) in data, con atto pubblico/scrittura privata
(precisare la data della relativa autentica, se diversa dalla data di rilascio della procura, e la data della registrazione);

⁷ In caso di assunzione con contratto di formazione lavoro, precisarne la durata e la data in cui il contratto è stato trasformato a tempo indeterminato.

- ☐ di aver esercitato l'attività di procuratore dell'agente (indicare dati anagrafici) in via continuativa dal.....al..... (indicare anche eventuali periodi di interruzione della procura e la loro durata), presso la sede di (indicare l'indirizzo della sede agenziale presso cui è stata svolta l'attività);
- ☐ che tale nomina è stata riconosciuta dall'impresa di assicurazione (specificare la denominazione sociale) in data e che il gradimento della procura è stato mantenuto sino al (oppure è tuttora in essere).

PARTE V

Titolo equipollente di subagente professionista

- ☐ di aver ricevuto in data l'incarico subagenziale dall'agente
.....
.....
(indicare i dati anagrafici dell'agente, il recapito e numero di iscrizione all'Albo nazionale degli agenti di assicurazione, nonché la denominazione sociale dell'impresa di assicurazione che ha conferito il mandato agenziale; in caso di conferimento da parte di un delegato di società agenziale, indicare altresì la denominazione o ragione sociale, codice fiscale e partita IVA della società stessa);
- ☐ di essere stato iscritto in data presso la Camera di Commercio di (città) come ditta individuale/società
.....
(in caso di forma societaria, indicare ragione sociale, sede legale, codice fiscale e partita IVA, carica sociale rivestita e durata della stessa), con numero di iscrizione
- ☐ che presso la stessa Camera di Commercio risulta quale data di inizio di attività il e quale attività esercitata (indicare la tipologia);
- ☐ di aver svolto l'attività di subagente dal.....al..... in modo continuativo (indicare anche eventuali periodi di interruzione e la loro durata);
- ☐ di aver sopportato l'onere della gestione della subagenzia a proprio rischio e spese, nonché di aver esercitato prevalentemente ed abitualmente l'attività subagenziale con l'esclusione di ogni altra attività imprenditoriale o lavorativa subordinata o autonoma;
- ☐ che l'agente preponente (cognome e nome) ha erogato per gli anni (indicare un biennio compreso nei cinque anni antecedenti al 31 dicembre 2006) le seguenti provvigioni (indicare le provvigioni distinte per anno di competenza e al lordo delle ritenute d'acconto, come da certificazione del sostituto di imposta) e che lo stesso non ha sopportato oneri e costi riguardanti la subagenzia (in caso contrario, indicare la tipologia e gli importi delle spese, distinti per anno di competenza);
- ☐ che i redditi percepiti e dichiarati ai fini dell'imposta sul reddito, per il biennio considerato sono i seguenti:
 - a) (qualora l'attività subagenziale sia stata svolta in forma individuale)**
 1. redditi complessivi (risultanti dai modelli fiscali) pari ad € per l'anno e ad €..... per l'anno
 2. ricavi di impresa (risultanti dai modelli fiscali) pari ad € per l'anno e ad €..... per l'anno
 3. reddito d'impresa (risultante dai modelli fiscali) pari ad € per l'anno e ad € per l'anno
 - in alternativa⁸:
 - b) (qualora l'attività subagenziale sia stata svolta in forma societaria)**
 1. ricavi d'impresa (risultanti dai modelli fiscali della società) pari ad € per l'anno e ad €.....per l'anno.....;
 2. reddito d'impresa (risultante dai modelli fiscali della società) pari ad € per l'anno e ad €.....per l'anno.....;
 3. quota di partecipazione agli utili pari al%. (risultante dal quadro "dati relativi ai singoli soci");
 4. redditi complessivi (risultanti dai modelli fiscali del subagente) pari ad €.....per l'anno..... e ad €.....per l'anno.....;

⁸ Rendere e compilare la dichiarazione di cui alla lettera a) o quella di cui alla lettera b), sbarrando quella che non interessa.

- ☐ che, per il biennio considerato, non sono stati dichiarati e percepiti altri redditi (*in caso contrario, indicare gli importi dei rispettivi quadri dei modelli fiscali, specificandone la natura e la provenienza*).

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.

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

Data / /

Firma del richiedente

.....

Tabella A¹ - Elenco delle sedi operative

[illegible]

¹ Nel caso la presente Tabella non risultasse sufficiente è possibile farne più copie.