

ALLEGATO 10

Modello per l'estensione dell'esercizio dell'attività in altri Stati membri ¹

RACCOMANDATA A.R.

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

Il sottoscritto

Cognome

Nome

iscritto nella sezione ² **|A|** **|B|** del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109

del decreto legislativo n. 209/2005, con il numero |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indirizzo e-mail@.....

in proprio

OVVERO

in qualità di rappresentante legale della società:

Denominazione o ragione sociale:

iscritta nella sezione ² **|A|** **|B|** **|D|** del registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo

109 del decreto legislativo n. 209/2005, con il numero |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indirizzo e-mail@.....

COMUNICA

ai sensi dell'art. 31 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, l'intenzione di esercitare l'attività di intermediazione negli Stati membri e secondo le modalità indicate nell'allegata Tabella A.

¹ Sono inclusi anche gli Stati aderenti allo Spazio Economico Europeo, come tali equiparati agli Stati membri dell'Unione Europea.

² Barrare la casella che interessa.

A tal fine, 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, il sottoscritto

DICHIARA ³:

che il sottoscritto/la predetta società è in possesso della copertura della polizza di assicurazione della responsabilità civile di cui all'art. 110/112, comma 3, del decreto legislativo n. 209/2005, in conformità a quanto stabilito dall'art. 11/15 del Regolamento ISVAP n. 5/2006.

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 nel 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 nel registro.

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

Data / /

Firma dell'intermediario/rappresentante legale

.....

³ La presente dichiarazione ha valore esclusivamente per gli intermediari iscritti nelle sezioni A o B del Registro.

Tabella A¹ - Elenco degli Stati membri e regime di attività

[illegible]

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

² Indicare la sigla dello Stato membro tra le seguenti:

Austria: AT;
Belgio: BE;
Bulgaria: BG
Cipro: CY;
Danimarca: DK;
Estonia: EE;
Finlandia: FI;
Francia: FR;
Germania: DE;
Grecia: EL;
Irlanda: IE;
Islanda: IS;
Lettonia: LV;
Liechtenstein: LI;
Lituania: LT;
Lussemburgo: LU;

Malta: MT;
Norvegia: NO;;
Olanda: NL;
Polonia: PL;
Portogallo: PT;
Regno Unito: UK;
Repubblica Ceca: CZ;
Romania: RO
Svezia: SE;
Repubblica Slovacca: SK;
Slovenia: SI;
Spagna: ES;
Ungheria: HU.

³ Inserire i codici: 01: stabilimento;

02: libertà di prestazione di servizi;

03: stabilimento e libertà di prestazione di servizi.

⁴ Indicare l'indirizzo completo, comprensivo di città. Le colonne relative alla sede secondaria ad al responsabile della sede secondaria dovranno essere