



**ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
del MEDIATORE CREDITIZIO
e dell'AGENTE IN ATTIVITA' FINANZIARIA**

AVVERTENZA UTILE

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE",

ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

(Si vedano le definizioni H e I e gli articoli 3, 9.2, 9.7, 9.8, 11 delle Condizioni).

Si conviene inoltre che le informazioni contenute nel Questionario costituiscano la base di quest'Assicurazione e che il Questionario stesso sia parte integrante della Polizza.



DEFINIZIONI

A . Modulo - Il documento, composto da due fogli (Modulo e Scheda di Copertura), che è annesso a questo contratto per farne parte integrante. Nel Modulo sono precisati: il luogo e la data di emissione del contratto, il numero ad esso assegnato, gli estremi del Contraente, il conteggio del premio e le altre precisazioni richiamate nel testo.

B . Contraente - Il soggetto, che stipula questa assicurazione per conto proprio e per conto dell'Assicurato di seguito definito. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.

C . Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto da questa assicurazione. E' Assicurato il Contraente stesso nonché ciascuno dei singoli soggetti che, a seconda del caso, compongono lo Studio Associato od operano stabilmente ed esclusivamente per conto della Ditta o della Società Professionale, purché abilitati all'attività professionale sotto definita e iscritti, ai sensi delle norme vigenti, negli elenchi tenuti dall' "Organismo per la gestione degli elenchi degli Agenti in attività finanziaria e dei Mediatori Creditizi (in breve OAM).

D . Assicuratori - TORUS INSURANCE LTD UK.

E . Attività professionale - L'una o l'altra

E.1. Mediatore Creditizio - Attività esercitata dall'Assicurato, realizzata nel campo professionale di sua competenza e per la quale è legalmente autorizzato, notificato o accreditato in ottemperanza alle vigenti leggi e regolamenti.

E.2. Agente in Attività Finanziaria - Attività esercitata dall'Assicurato, realizzata nel campo professionale di sua competenza e per la quale è legalmente autorizzato, notificato o accreditato in ottemperanza alle vigenti leggi e regolamenti.

F . Terzi - Tutte le persone diverse dall'Assicurato, con esclusione del coniuge o convivente e dei figli dell'Assicurato, dei familiari che con lui convivono, dei dipendenti del Contraente (di ogni ordine e grado), e con esclusione delle ditte e aziende di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o rappresentante di fronte alla legge o di cui sia - direttamente o indirettamente - azionista/socio di maggioranza o controllante.

Nel termine "terzo" o "terzi" sono espressamente compresi i clienti e i committenti dell'Assicurato, in relazione all'esercizio dell'attività professionale sopra definita.

G . Dipendenti del Contraente - Tutte le persone che, in relazione all'esercizio dell'attività professionale sopra definita, operano alle dirette dipendenze del Contraente con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato o di collaborazione o di apprendistato o praticantato, anche durante periodi di prova, di addestramento, di formazione o di "stage".

H . Reclamo - Quella che per prima, tra le seguenti, viene a conoscenza dell'Assicurato :

- a) la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile di danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di risarcimento di tali danni;
- b) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione.

I . Periodo di assicurazione - Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Modulo, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il periodo di assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo periodo di assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.



J . Franchigia - L'ammontare che, per ogni reclamo, resta a carico dell'Assicurato.

K . Questionario - il documento, fornito dal Contraente agli Assicuratori secondo quanto disposto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, contenente le informazioni essenziali per la valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Il Questionario costituisce parte integrante della presente Polizza.

CONDIZIONI

Articolo 1- Richiamo alle definizioni

Le Parti convengono che le definizioni che precedono fanno parte integrante di questo contratto e vengono tutte richiamate per l'interpretazione di queste condizioni e di ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Articolo 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato per iscritto prima della stipulazione di questo contratto formano la base di questa assicurazione e della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori. Si applicano gli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione-Retroattività *(Si vedano le definizioni D, E, F, I)*

Verso pagamento del premio convenuto *(articolo 14)*, gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale definita in questo contratto.

Il periodo di retroattività è determinato dalla data di retroattività indicata nella presente Polizza.

L'assicurazione è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività definita in questo contratto, e a condizione che il conseguente reclamo sia per la prima volta presentato all'Assicurato, e da questi regolarmente denunciato agli Assicuratori, durante il periodo di assicurazione. Trascorsi 7 giorni dalla data in cui ha termine tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun reclamo potrà esser loro denunciato.

L'assicurazione è prestata con le modalità, esclusioni, limitazioni e precisazioni contenute nelle Condizioni di questo contratto e nel Modulo che ne fa parte integrante.

Articolo. 4 Clausola "claims made"

La presente assicurazione è prestata per richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione, a condizione che tali richieste di risarcimento siano il risultato di atti di negligenza verificatisi posteriormente alla data di retroattività indicata nel Modulo e che non siano stati ancora notificati all'Assicurato.

Articolo 5 - Limiti territoriali

L'assicurazione è valida soltanto per l'attività svolta e per i reclami che abbiano origine nel Mondo Intero esclusi USA, Virgin Island e Canada.

Articolo 6 - Limite di indennizzo-Sottolimito di indennizzo

(Si vedano le definizioni H e I)

Il limite di indennizzo esposto nel Modulo rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale gli Assicuratori sono tenuti a rispondere, per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i reclami pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione. Qualunque sia il numero dei reclami, dei reclamanti e delle persone assicurate coinvolte, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o gli Assicuratori effettuino gli eventuali pagamenti, l'obbligazione degli Assicuratori non potrà mai, in qualsiasi circostanza e a qualunque titolo, essere maggiore di tale limite di indennizzo.



Il limite di indennizzo di un periodo di assicurazione non si cumula in nessun caso con quello di un periodo precedente o successivo, né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto, né per il cumularsi dei premi pagati o da pagare.

Se per una voce di rischio è previsto un sottolimito di indennizzo, questo non è in aggiunta al limite di indennizzo ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.

Articolo 7 - Franchigia (Si vedano le definizioni H e J)

Nel caso che tra Assicuratori e Contraente\Assicurato sia stata concordata la Franchigia e/o lo Scoperto a carico dell'Assicurato, come eventualmente specificato nella scheda di copertura della presente Polizza, questa clausola non potrà essere opposta ai terzi danneggiati i quali avranno diritto a ricevere dagli Assicuratori l'integrale risarcimento dei danni occorsi. Resta l'obbligo da parte dell'Assicurato di rimborsare agli Assicuratori la parte di danno a suo carico corrispondente alla Franchigia e/o Scoperto concordati. Gli Assicuratori conservano il diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato.

Articolo 8 - Estensioni dell'Assicurazione

Nei termini e alle condizioni tutte di questo contratto, ivi comprese le esclusioni che seguono, gli Assicuratori rispondono anche nei seguenti casi:

- 8A. **Fatto dei dipendenti e collaboratori** (*Si veda la definizione G*) - L'Assicurazione sopra delimitata è estesa a comprendere anche i reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione, per danni a terzi determinati da azione od omissione colposa o dolosa commessa nell'ambito e nello svolgimento dell'attività professionale definita in questo contratto, da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano dipendenti del Contraente, fermi i diritti di rivalsa ai sensi dell'articolo 13.
- 8B. **Responsabilità solidale** - L'assicurazione sopra delimitata vale anche per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere solidalmente con altri, limitatamente alla quota di sua diretta pertinenza.
- 8C. **Tutela dei dati personali** - L'assicurazione sopra delimitata è estesa ai reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione a seguito di involontaria violazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003, nello svolgimento dell'attività professionale definita in questo contratto.
Per questa estensione l'assicurazione vale fino a concorrenza di un sottolimito di indennizzo pari al 50% (cinquanta per cento) dell'ammontare del limite di indennizzo (*articolo 6*) esposto nel Modulo.
- 8D. **Copertura a favore degli eredi, successori, tutori** - In caso di morte o di incapacità dell'Assicurato, l'assicurazione sopra delimitata prosegue fino alla data della sua naturale scadenza a favore degli eredi o successori o tutori, purché essi ne rispettino le condizioni. Alla data di scadenza, l'assicurazione termina.
- 8E. **Perdita di documenti** - L'assicurazione sopra delimitata è estesa ai reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione per la responsabilità derivante all'Assicurato ai sensi di legge a seguito di qualunque evento che provochi la perdita, il danneggiamento, lo smarrimento o la distruzione di documenti quali di seguito definiti, e che si verifichi entro i limiti territoriali convenuti e durante il periodo di assicurazione, nell'ordinario esercizio dell'attività professionale definita in questo contratto. Questa estensione è valida qualunque sia la causa dell'evento, esclusi i rischi menzionati agli articoli 9.13, 9.14, 9.15, 9.16.
Ai fini di questa estensione, il termine "documenti" sta a significare ogni genere di documenti pertinenti all'attività definita in questo contratto, siano essi di proprietà dell'Assicurato stesso ovvero tenuti in deposito o in custodia da lui medesimo o da taluno dei dipendenti del Contraente (*definizione G*), escluso però ogni genere di valori, quali ad esempio:



titoli al portatore, banconote, titoli di credito, titoli ed effetti negoziabili, carte valori, valori bollati, biglietti di lotterie e concorsi, carte di credito e simili.

L'evento dannoso deve essere denunciato per iscritto agli Assicuratori nei sette giorni successivi a quello del suo accadimento o al giorno in cui l'Assicurato ne è venuto a conoscenza. (*Articoli 9 e 10 penultimo comma*).

- 8F. **Ingiuria e diffamazione** - L'assicurazione sopra delimitata è estesa ai reclami che dovessero essere fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione per ingiuria o diffamazione commessa da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere nell'ambito dell'attività professionale definita in questo contratto, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano dipendenti del Contraente (*definizione G*), fermi i diritti di rivalsa ai sensi dell'articolo 13.

Articolo 9 - Esclusioni

L'assicurazione non vale:

- 9.1 per danni causati da dolo dell'Assicurato
- 9.2 per atti o fatti commessi prima della data di retroattività stabilita nel Modulo;
- 9.3 per fatti dovuti a insolvenza dell'Assicurato;
- 9.4 in relazione ad attività diverse da quella consentita per legge all'Assicurato; in particolare l'assicurazione non vale in relazione alla gestione di beni o affari altrui, alla funzione di amministratore o commissario o sindaco (o funzioni equivalenti) di società, aziende, associazioni, fondazioni o altri organismi;
- 9.5 in relazione ad attività svolte dopo il verificarsi di uno dei casi di cessazione dell'assicurazione, previsti all'articolo 16 che segue;
- 9.6 per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni, che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, nonché per indennità che abbiano natura punitiva;
- 9.7 per reclami già presentati all'Assicurato prima della data di effetto del periodo di assicurazione, indipendentemente dal fatto che siano stati denunciati o meno a precedenti assicuratori;
- 9.8 per situazioni e circostanze suscettibili di causare o di aver causato danni a terzi, che erano già note all'Assicurato alla data di effetto del periodo di assicurazione, indipendentemente dal fatto che siano state denunciate o meno a precedenti assicuratori.
- 9.9 Per danni dovuti a morte, lesioni personali, malattie, malori, per danneggiamento o distruzione di cose o animali, salvo il disposto dell'articolo 8.E;
- 9.10 per danni derivanti direttamente o indirettamente dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati, animali, aeromobili, imbarcazioni, natanti o qualunque altro mezzo di locomozione o trasporto;
- 9.11 per responsabilità assunte dall'Assicurato con patti contrattuali, obbligazioni o garanzie, salvo che tali responsabilità sussistano per legge anche in assenza di tali patti contrattuali, obbligazioni o garanzie;
- 9.12 per attività svolte e per reclami che abbiano origine al di fuori dei limiti territoriali convenuti (*articolo 5*).



9.13 per danni causati dalla propagazione di virus nei computer e/o loro sistemi, programmi o applicazioni, oppure dalla incapacità di tali sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario.

Sono inoltre esclusi i danni e le responsabilità :

9.14 che si verifichino o insorgano in occasione di guerra, invasione, azione di nemici esterni, ostilità, operazioni belliche (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili che costituiscano o assumano le proporzioni di una sollevazione, potere militare, usurpazione di potere, qualsiasi atto di terrorismo;

9.15 che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche;

9.16 derivanti da inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale

9.17 derivanti dall'impiego o dalla presenza di amianto.

Articolo 10 - Altre assicurazioni - Secondo rischio

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e a risarcire gli stessi danni, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè per quella parte dell'ammontare dei danni e delle spese che eccederà il massimale o i massimali previsti da tali altre assicurazioni, fermo in ogni caso il limite di indennizzo stabilito nel Modulo e ferma la franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a denunciare i reclami a tutti gli assicuratori interessati (*articolo 11, ultimo comma*).

Articolo 11 - Denuncia dei reclami (Si vedano le definizioni H e I)

Entro i sette giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, l'Assicurato deve fare agli Assicuratori denuncia scritta :

- a) di ogni reclamo ricevuto per la prima volta durante il periodo di assicurazione;
- b) di ogni fatto o circostanza suscettibile di causare un reclamo contro l'Assicurato; tale denuncia, se fatta agli Assicuratori nei termini predetti, accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come reclamo presentato e regolarmente denunciato durante il periodo di assicurazione .

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "**claims made**", quale temporalmente delimitata in questo contratto, l'omessa denuncia durante il periodo di assicurazione comporta la perdita del diritto dell'Assicurato all'indennizzo, salvo il caso in cui i sette giorni di tempo per fare la denuncia cadano, in tutto o in parte, dopo la data di scadenza del periodo di assicurazione.

In caso di perdita di documenti (*articolo 8.E*), l'evento dannoso deve essere denunciato per iscritto agli Assicuratori nei sette giorni successivi a quello del suo accadimento o al giorno in cui l'Assicurato ne è venuto a conoscenza.

Se esistono altre assicurazioni a coprire le stesse responsabilità o gli stessi danni (*articolo 10*), l'Assicurato è tenuto a fare denuncia del reclamo, nei termini previsti dalle rispettive polizze, anche agli altri assicuratori interessati, indicando a ciascuno il nome degli altri (*art. 1910, terzo comma, del Codice Civile*).



Articolo 12 - Diritti ed obblighi delle Parti in caso di danno – Vertenze e spese legali

Fatta la denuncia di un reclamo, l'Assicurato è tenuto a fornire agli Assicuratori l'assistenza necessaria e tutte le informazioni e documentazioni utili per la gestione del caso.

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In caso di dissenso sull'opportunità di resistere alle azioni legali, le Parti si rimetteranno al parere di un legale qualificato da nominarsi di comune accordo dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

In qualsiasi momento e fino a quando ne hanno interesse, gli Assicuratori hanno la facoltà di assumere, a nome dell'Assicurato, la gestione delle vertenze di natura civile, in sede sia giudiziale che extragiudiziale.

Dedotta la franchigia, le relative spese di assistenza e di difesa legale sono a carico degli Assicuratori, in aggiunta a limite di indennizzo, per un ammontare non superiore a un quarto di tale limite o dell'eventuale sottolimito di indennizzo applicabile al reclamo (*Articolo 6 - Ultimo comma dell'art. 1917 del Codice Civile*).

Senza il previo consenso dell'Assicurato, gli Assicuratori non possono pagare risarcimenti a terzi. Qualora però l'Assicurato opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dagli Assicuratori preferendo resistere alle pretese del terzo o proseguire l'eventuale azione legale, gli Assicuratori non saranno tenuti a pagare più dell'ammontare per il quale avevano la possibilità di transigere, oltre alle spese legali sostenute fino alla data in cui l'Assicurato ha opposto detto rifiuto, fermo in ogni caso il limite di indennizzo e ferma la franchigia a carico dell'Assicurato.

Articolo 13 - Diritto di surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, fino a concorrenza dell'indennizzo pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa dell'Assicurato.

Articolo 14 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno stabilito nel Modulo se il premio è pagato entro 30 giorni da tale data; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

Articolo 15 - Aggravamento o diminuzione del rischio

In caso di fatti o circostanze che aggravino il rischio, l'Assicurato deve darne avviso scritto agli Assicuratori entro sette giorni dalla data del loro accadimento, e si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Se l'Assicurato comunica agli Assicuratori mutamenti che producono una diminuzione del rischio, si applicano le disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e gli Assicuratori rinunciano al relativo diritto di recesso.

Articolo 16 - Casi di cessazione dell'assicurazione

Indipendentemente dal momento in cui gli Assicuratori ne siano informati, l'assicurazione cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato che incorra in uno dei seguenti casi :

- I. venga sospeso o radiato dall'Elenco degli Agenti in Attività Finanziaria e dei Mediatori Creditizi tenuto dall'OAM;
- II. venga dichiarato insolvente o fallito;
- III. alieni la propria attività o la fonda con quella di altri.

In caso di scioglimento, liquidazione o fallimento del Contraente \ Assicurato, l'Assicurazione cessa automaticamente nei confronti di tutti gli Assicurati, indipendentemente dal momento in cui gli Assicuratori siano informati dello scioglimento.

In tutti questi casi la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso viene messa dagli Assicuratori a disposizione del Contraente. L'assicurazione potrà essere ripresa a condizioni e premio da stabilirsi.



Articolo 17 - Proroga dell'Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

Articolo 18 - Facoltà di recesso in caso di reclamo

Dopo la denuncia di qualunque reclamo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, tanto il Contraente che gli Assicuratori hanno facoltà di recedere da questo contratto con preavviso scritto di almeno 30 giorni.

In caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi restituiscono al Contraente la frazione del premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Articolo 19 - Variazioni del contratto-Comunicazioni tra le Parti -Oneri fiscali

- 19.01** Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori.
- 19.02** Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte per iscritto.
- 19.03** Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 20 – Calcolo del Premio annuo

20.1 Il premio annuo dovuto si basa sugli introiti lordi di natura professionale (al netto dell'IVA), guadagnati dall'Assicurato nell'anno fiscale immediatamente precedente alla data di inizio della copertura come dichiarato dall'Assicurato nel Questionario.

20.2 Alla fine di ogni annualità assicurativa, in caso di proroga dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 17 Proroga dell'Assicurazione, il premio per l'annualità successiva verrà calcolato sulla base degli introiti lordi di natura professionale (al netto dell'IVA), guadagnati dall'Assicurato nell'anno fiscale precedente, fermo restando l'obbligo dell'assicurato di pagare un premio minimo pari al 75% del premio calcolato per la precedente annualità; tale premio minimo dovrà essere corrisposto entro trenta giorni dalla scadenza della precedente annualità assicurativa. In caso di mancato pagamento del premio minimo, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza della precedente annualità e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Ai fini del calcolo del premio assicurativo, l'Assicurato dovrà fornire per iscritto agli Assicuratori, entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, i dati relativi gli introiti lordi di natura professionale (al netto dell'IVA), guadagnati dall'Assicurato nell'anno fiscale precedente.

Il premio, calcolato sulla base di tali dati, detratto quanto già versato come premio minimo, verrà comunicato all'assicurato e dovrà essere da questi versato entro trenta giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento dell'integrazione del premio, l'Assicurazione continua a favore dell'Assicurato, ma in caso di sinistro il risarcimento sarà conteggiato nella stessa proporzione esistente fra il premio minimo e il premio complessivo dovuto. Resta fermo il diritto per gli Assicuratori di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, ed in particolare ad esibire il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi.



Articolo 21 - Clausola di identificazione dell'intermediario

Nella Scheda di Copertura è precisato quale delle due clausole che seguono è applicabile a questo contratto, ritenendo nulla l'altra.

Articolo 21.A - Clausola gestione polizza al Corrispondente

Con la sottoscrizione del presente contratto, le Parti ne affidano la gestione alla AEC Spa il cui indirizzo è indicato nel Modulo.

Ai fini di questa assicurazione, la AEC SpA agirà come intermediario riconosciuto da entrambe le Parti.

E' convenuto pertanto che :

- a) ogni comunicazione fatta dal Contraente o dall'Assicurato alla AEC SpA si considererà come fatta agli Assicuratori stessi;
- b) ogni comunicazione fatta dalla AEC SpA agli Assicuratori per conto del Contraente o dell'Assicurato si considererà come fatta da questi agli Assicuratori;
- c) ogni comunicazione fatta dagli Assicuratori alla AEC SpA si considererà come fatta al Contraente e all'Assicurato stesso.

Articolo 21.B Clausola Broker

Con la sottoscrizione del presente contratto,

- 1) il Contraente/Assicurato conferisce mandato al Broker precisato nel Modulo di rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione;
- 2) gli Assicuratori conferiscono mandato alla AEC Spa di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che :

- a) ogni comunicazione fatta al Broker dalla AEC SpA si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
- b) ogni comunicazione fatta dal Broker alla AEC SpA si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Articolo 22 - Norme di legge

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato delle Città del Vaticano.

Data	L'Assicurato o il Contraente



Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C., il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali descritte nel presente contratto:

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- Art. 3 Oggetto dell'assicurazione – Retroattività
- Art. 10 Altre assicurazioni – Secondo rischio
- Art. 11 Denuncia dei reclami (assicurazione *claims made*)
- Art. 12 Diritti ed obblighi delle Parti in caso di danno – Vertenze e spese legali
- Art. 16 Casi di cessazione dell'assicurazione
- Art. 18 Facoltà di recesso

Data	L'Assicurato o il Contraente