

DICHIARAZIONE COPERTURA ASSICURATIVA
(obbligatoria per chi non stipula la polizza con AssoCounseling)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____ CAP _____
codice fiscale _____, consapevole che il possesso di un'assicurazione
per responsabilità civile e professionale è obbligatorio per tutti i soci di AssoCounseling che esercitano in
qualunque forma (preminente, continuativa, occasionale, saltuaria, etc.) l'attività di counseling

DICHIARA

di non stipulare la polizza per responsabilità civile e professionale proposta da AssoCounseling per la seguente
ragione:

non esercito attività professionale di counseling in qualunque forma e pertanto non necessito di copertura
assicurativa, consapevole che l'assicurazione è obbligatoria per tutti i soci che esercitano in qualunque forma
l'attività professionale e mi impegno a stipularla entro e non oltre 30 giorni dal conseguimento del primo reddito
derivante da attività professionale di counseling;

sono già coperto da altra polizza per responsabilità civile e professionale a copertura del rischio derivante
dall'esercizio dell'attività di counseling, i cui estremi sono _____ e di cui allego copia del
frontespizio o del prospetto sintetico;

e si impegna a comunicare tempestivamente ad AssoCounseling qualunque cambiamento dovesse intervenire
rispetto alla posizione su esposta.

DICHIARA ALTRESÌ

che la presente dichiarazione ha valore fino a revoca e/o modifica della stessa, che deve essere effettuata a cura
della/del sottoscritta/o.

Data

Firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati
solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR.
L'informativa integrale è pubblicata sul sito www.assocounseling.it Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali.

Firma

| | | | | | | | |
|----------------|------------|----------------|---------------------------------|------------------|--------|------|--------|
| AssoCounseling | | | Dichiarazione assicurazione M17 | | | | |
| Data Emissione | 10/06/2014 | Data Revisione | 22/02/2019 | Indice Revisione | Rev. 2 | Pag. | 1 di 1 |