

## MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE AVVOCATI

E PER STUDI CON MASSIMO 3 ISCRITTI ALL'ALBO

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05** Per informazioni tel. **02.49.53.39.80**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare	
E-mail	Fax	
Cod. Fiscale	Partita Iva	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di	Data e Nr iscrizione	

Azienda/Studio		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	

**\*Effetto** | | | | | **Scadenza** | | | | | **Prima rata** | | | | |

\*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

**MASSIMALE: €** | | | | | ,00 per anno e per sinistro **Franchigia: €** | | | | | ,00

**Premio RC** € | | | | | ,00

**Estensioni:** ..... € | | | | | ,00

**Totale Omnicomprensivo** in attesa di conferma di emissione € | | | | | ,00

Pagamento:

Bonifico bancario: Banco BPM – Filiale 1672 MILANO C/C Intestato **Assimedici Srl**

IBAN: IT 91 H 05034 01672 0000 0000 2500 – Causale: nome e cognome

Carta di credito:  VISA  MASTERCARD

NR. | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | |

Scad. | | | | / | | | | cvv\* | | | | |

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(Firma del Contraente)

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assiprofessionisti.it E-mail info@assiprofessionisti.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011



## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile degli Avvocati

### Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.  
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.  
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di Proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale degli Avvocati deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'Assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

### Dati dell'Assicurato

COGNOME NOME/RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
NUMERO TELEFONICO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	
ISCRITTO ALL'ALBO DI	N° DI ISCRIZIONE E DATA DI ISCRIZIONE	INDIRIZZO E-MAIL	

### 1) Precedenti assicurativi dell'Assicurato

Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdettata da parte di altra Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale.

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato con:

	COMPAGNIA	MASSIMALE	RETROATTIVITÀ
CORRENTE ANNUALITÀ			
PRECEDENTE ASSICURATORE			
SECONDO ASSICURATORE PRECEDENTE			

Indicare con una X se:

Ha mai ricevuto disdetta per sinistro

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

### 2) Massimale richiesto

Attività svolta in forma individuale:

€ 350.000  € 500.000  € 1.000.000  € 1.500.000  € 2.000.000

Attività svolta in forma collettiva:

€ 1.000.000 per sinistro / € 2.000.000 per anno  € 2.000.000 per sinistro / € 4.000.000 per anno

### 3) Garanzia Postuma

Ha intenzione di cessare l'attività o - nel caso di attività in forma collettiva - di sciogliere l'associazione professionale nei prossimi 3 anni?

SI  NO

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile degli Avvocati

In caso affermativo, ha intenzione di acquistare la garanzia postuma?

SÌ  NO

### 4) Dichiarazioni dell'Assicurato

#### 4.1 Sinistrosità pregressa dell'Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento danni negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni  SÌ negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: \_\_\_\_\_

#### 4.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note CIRCOSTANZA/E che potrebbero causare l'insorgenza di una richiesta di risarcimento.

NO negli ultimi 5 anni  SÌ negli ultimi 5 anni

**In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 3.1 e 3.2 si invita il proponente/assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente Modulo di Proposta di cui forma parte integrante.**

### 5) Descrizione Attività

Indicare se il proponente/assicurato svolge, in percentuale superiore al 20% sul totale dell'attività, i seguenti servizi:

a) servizi a favore di banche SI  NO   
 b) attività connessa a fusioni/acquisizioni SI  NO   
 c) servizi di diritto internazionale SI  NO   
 d) servizi di tutela di marchi/brevetti SI  NO

Esistono controlli incrociati in merito alla verifica delle scadenze? SI  NO

---



---



---

### 6) Fatturato (ammontare degli introiti lordi (cumulo dei compensi più qualunque altra spettanza per consulenze o altre prestazioni inerenti alla professione, al lordo di oneri e spese e al netto di IVA e CPA):

Anno	Introiti in €
Stima anno in corso	
2019	
2018	
2017	
2016	

L'Assicurato ha un Cliente da cui dipende oltre il 50% del fatturato generato<sup>1</sup>: SI  NO

### 7) Se il proponente è uno Studio Associato, da quanti membri è composto lo Studio

1. Da uno a tre membri   
 2. Oltre tre membri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assunzione riservata alla direzione.

<sup>2</sup> Assunzione riservata alla direzione.

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile degli Avvocati

### 8) Estensioni richieste

Indicare se si desidera acquistare:

A) **Estensione Funzioni pubbliche** (Curatore nelle procedure di fallimento, di Commissario giudiziale e liquidatore, funzioni di Giudice di Pace, componente Commissioni tributarie, esecuzioni immobiliari, Custode giudiziario).

SÌ  NO

In caso di risposta affermativa, si prega di specificare le funzioni ricoperte dall'Assicurato e la relativa anzianità:

Funzione 1: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 2: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 3: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

B) **Estensione Sindaco, revisore Legale, e membro di ODV** (estensione valida con massimale del 50% e comunque non superiore ad € 2.000.000, con scoperto 10% minimo € 2.000 e massimo € 20.000).

SÌ  NO

In caso di risposta affermativa, si prega di specificare le cariche rivestite, il fatturato che ne deriva e la relativa anzianità:

Funzione 1: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 2: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Funzione 3: \_\_\_\_\_ fatturato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

9) **Data di decorrenza della Polizza:** \_\_\_\_\_

### 10) Premio

Il premio convenuto sarà riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio potrà essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- Assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- Bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

### 11) Dichiarazioni dell'Assicurato

1. L'Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. L'Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento della Polizza stessa e ne costituiranno parte integrante.
3. L'Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività. L'Assicurato dichiara, inoltre, di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato nel presente Modulo di Proposta e riportato nel Certificato di Assicurazione.
4. **Il Proponente/Assicurato dichiara di aver ricevuto, preso visione ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo, copia del fascicolo Informativo, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento Isvap 35/2010; ed in particolare:**
  - a. Nota Informativa, comprensiva di glossario;
  - b. Condizioni di Assicurazione;

L'Assicurato \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. il trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li / / L'Assicurato \_\_\_\_\_



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale  
Rappresentanza Generale per l'Italia:  
Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

## Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile degli Avvocati

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/circostanze rilevanti ai fini della stipula della polizza.

### SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DELL'ASSICURATO<sup>3</sup>

#### A) Dati Identificativi dell'Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

#### B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 3.1 e 3.2 della proposta

1. Compilare tutti i campi di seguito se si ha ricevuto una richiesta di risarcimento danni negli ultimi 5 anni

a) Data di ricezione della richiesta danni o della contestazione professionale: \_\_\_\_\_

b) Periodo in cui si è verificato l'errore professionale oggetto della richiesta: \_\_\_\_\_

c) Valore della richiesta danni del terzo danneggiato: Euro \_\_\_\_\_

d) Valore del sinistro pagato: Euro \_\_\_\_\_

e) Il pagamento del danno è avvenuto a seguito di transazione?  SI  NO

f) Il pagamento del danno è avvenuto sulla base di una sentenza civile?  SI  NO

g) Breve descrizione dei fatti: \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Dettagliare, nello spazio sottostante, se si è a conoscenza di circostanze<sup>3</sup> che potrebbero causare l'insorgenza di una richiesta di risarcimento

---

---

---

---



AmTrust International Underwriters  
An AmTrust Financial Company

AmTrust International Underwriters DAC  
40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74 (Registered Office)  
€ 37.072.355,00 di Capitale sociale versato, inclusivo di altre riserve di capitale e versamenti in conto capitale  
Rappresentanza Generale per l'Italia:  
Via Clerici, 14 - 20121 Milano  
Tel. +39.0283438150 • Fax +39.0283438174  
Codice Fiscale e Partita IVA 09477630967 R.I. Milano REA C.C.I.A.A. Milano 2093047  
AmTrust International Underwriters DAC is regulated by the Central Bank of Ireland

<sup>3</sup> La presente scheda è da compilarsi per ogni sinistro/circostanza di cui ai punti 3.1. e 3.2 della proposta allegata, di cui costituisce parte integrante

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (Allegati 3 e 4).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Set informativo

Data e Luogo

## Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

**Cognome e Nome**o **Ragione sociale:**

Codice fiscale o

Partita IVA:

Indirizzo residenza o

Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti Allegato 3**

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 del 02/08/2018, 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; Allegato 4**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i SET INFORMATIVI delle polizze richieste.**

Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMS MADE presente nelle polizze di responsabilità civile.**

Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196:

acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

*\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").*

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Il contraente

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assiprofessionisti.it E-mail info@assiprofessionisti.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011



- Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto
- Dichiarazione di adeguatezza
- Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste
- Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Data e Luogo

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO**

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

**Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale/Partita Iva** \_\_\_\_\_

**Indirizzo/Sede Legale** \_\_\_\_\_

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- RC Professionale;**
 **Infortunati;**  
 **Tutela Giudiziaria;**
 **Altro** \_\_\_\_\_

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? \_\_\_\_\_

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto?  **SI** -  **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto?  **SI** -  **NO**

**DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA**

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

L'intermediario

Il contraente

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE**

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

L'intermediario

Il contraente

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

L'intermediario

Il contraente

ASSIPROFESSIONISTI è un marchio ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.49.53.39.80 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

00186 Roma, Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assiprofessionisti.it E-mail info@assiprofessionisti.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva e Codice Fiscale 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

