

MODULO RACCOLTA DATI PREVENTIVO INFORTUNI

Inviare il modulo compilato in modo leggibile via **fax** al numero **06/44292230 (r.a.)** o via mail
assicurafederagenti@studiomangano.it;

Per informazioni: **06/44291193** (r.a.) dal lunedì al venerdì dalle 15:00 alle 18:00

Nome: _____ Cognome _____

Codice Fiscale: _____ P.Iva: _____

Indirizzo: Via _____ N° _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

E-Mail _____ @ _____

Tel: _____ Cellulare _____

CAPITALE ASSICURATO

MORTE	€ 50.000,00	<input type="checkbox"/> Premio annuo Euro 40,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 50.000,00	

DICHIARO DI AVER EFFETTUATO IN DATA ODIERNA PAGAMENTO DI € _____ PER LA COMBINAZIONE _____ A MEZZO

BONIFICO **IBAN: IT 37A0504803207000000010367**

CARTA DI CREDITO (SERVIZIO ONLINE SUL SITO WWW.STUDIOMANGANO.IT)

A FAVORE DI STUDIO MANGANO ASSICURAZIONI E FINANZA S.R.L.

DESIDERO ALTRE POLIZZE SI NO

DATA

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Con riferimento ai dati sensibili già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro dallo Studio Manganò Assicurazione e Finanza s.r.l. dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art. 13 della Legge e do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione sindacale e della società di assicurazione e resi pubblici solo in modo aggregato.

data _____

firma leggibile _____