

MODULO RACCOLTA DATI PREVENTIVO O EMISSIONE POLIZZA FEDERSANITARIA

Inviare il modulo compilato via **fax** al numero **06/44292230** o via mail assicurafederagenti@studiomangano.it; per informazioni chiamare il numero **800.235.532**

Richiesta di: **Emissione Polizze** **Preventivo**

ISCRITTO FEDERAGENTI <input type="checkbox"/>	FAMILIARE DI UN ISCRITTO FEDERAGENTI <input type="checkbox"/>	NON ISCRITTO <input type="checkbox"/>
DATI CONTRAENTE		
Nome: _____ Cognome/Ditta: _____		
Codice Fiscale: _____ P.Iva: _____		
Via/Piazza/ _____ / _____ N° _____ C.A.P. _____		
Città _____ Prov. _____		
E-Mail _____ @ _____		
Tel: _____ Cellulare _____		
DATI AGENTE SE DIVERSO DAL CONTRAENTE		
Nome _____ Cognome/Ditta _____		
C.F. e/o P.IVA _____		

indicare l'opzione scelta

MASSIMALE UNICO	MASSIMALE CONDIVISO
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>

RATEAZIONE

Annuale
Semestrale
Mensile (a mezzo RID)

DATI DEGLI ASSICURATI				
Nome	Cognome	Sesso	Luogo e data di nascita	Codice fiscale
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Data ___/___/___

Firma _____

Solo per richiesta emissione polizza

DICHIARO DI AVER EFFETTUATO IN DATA ODIERNA PAGAMENTO DI € _____ PER L'OPZIONE ___/___
BONIFICO **IBAN: IT 37A050480320700000010367 A FAVORE DI STUDIO MANGANO ASSICURAZIONI E FINANZA S.R.L.**

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 Mangano 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 _____