SCHEDA FEDERAGENTI PER ASSICURAZIONE SPESE LEGALI

ASSOCIATO

Agente in forma societaria : _____

Sede legale : _____

Agente individuale : _____

Domicilio e/o residenza _____

Telefono _____ Fax _____ Cell _____

DATA COPERTURA INDIVIDUALE : └┴┴┴┴┴┴┴┴┘

DATA EVENTO : └┴┴┴┴┴┴┴┴┘

TIPO EVENTO – NATURA SOMME IN CONTESTAZIONE :

- **CESSAZIONE RAPPORTO AGENZIA** □
- **PAGAMENTO PROVVIGIONI** □
- **INDENNITA' FINE RAPPORTO** □
- **INDENNITA' MANCATO PREAVVISO** □
- _____ □
- _____ □

AMMONTARE CREDITO AGENTE € └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

ESTREMI DITTA MANDANTE

- **RAGIONE SOCIALE _____**
- **SEDE _____**

ESTREMI DEL LEGALE SCELTO DALL'ASSICURATO

Convenzionato SI □ NO □

Cognome _____ Nome _____

Studio _____

Tel _____ Fax _____ Cell _____

DOCUMENTI ALLEGATI IN COPIA

- **INTIMAZIONE AGENTE** □
- **CORRISPONDENZA CON LA MANDANTE** □
- **TENTATIVO DI CONCILIAZIONE** □
- _____ □