

MODULO DI RACCOLTA DATI
INVIARE VIA FAX AL NUMERO 800 55 33 53

COMPILAZIONE FACOLTATIVA

DATI RICHIEDENTE

Cognome		Nome		Sesso M F	
Codice Fiscale / Partita IVA		<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile		<input type="checkbox"/> Coniugato/a	
<input type="checkbox"/> Vedovo/a		<input type="checkbox"/> Separato/a		<input type="checkbox"/> Divorziato/a	
Luogo di nascita		Prov.	Data di nascita		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
Abitazione: <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> c/o Caserma/Comunità <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> c/o Genitori		<input type="checkbox"/> Altro		Domicilio (via, città, prov.):	
Dal	Indirizzo precedente		Località		Prov.
Telefono		Cell.	E-mail		
Qualifica/Professione attuale		<input type="checkbox"/> Dipendente		<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	
		Precedente attività <small>(solo se quella attuale è esercitata da meno di 5 anni)</small>			
<input type="checkbox"/> Tempo indet.		<input type="checkbox"/> Tempo determ.		<input type="checkbox"/> Contratto di formazione	
<input type="checkbox"/> Pensionato		<input type="checkbox"/> Studente		<input type="checkbox"/> Casalinga	
<input type="checkbox"/> Disoccupato		<input type="checkbox"/> Altro:			
Dal	Reddito mensile netto €		Nome azienda		Telefono
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
<input type="checkbox"/> Carta d'Identità	<input type="checkbox"/> Patente	<input type="checkbox"/> Passaporto	Numero	Data rilascio	Luogo rilascio
				Prov.	

DATI COOBLIGATO / COINTESTATARIO Coniuge Genitore Legale rappresentante Altro:

Cognome		Nome		Sesso M F	
Codice Fiscale / Partita IVA		<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile		<input type="checkbox"/> Coniugato/a	
<input type="checkbox"/> Vedovo/a		<input type="checkbox"/> Separato/a		<input type="checkbox"/> Divorziato/a	
Luogo di nascita		Prov.	Data di nascita		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
Dal	Telefono		Occupazione attuale		
Dal	Reddito mensile netto €		Nome azienda		Telefono
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
<input type="checkbox"/> Carta d'Identità	<input type="checkbox"/> Patente	<input type="checkbox"/> Passaporto	Numero	Data rilascio	Luogo rilascio
				Prov.	

COORDINATE BANCARIE

CODICE IBAN

DATI DEL BENE O SERVIZIO

Descrizione del prodotto - Marca e modello			Cilindrata		
Anno 1° imm.	N. Targa	N. Telaio			
Costo del bene €	Spese di istruttoria €	Importo finanziato €		Numero rate	
Codice tabella	Copertura assicur. CPI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Copertura assicur. Danni Auto Formula	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Copertura assicur. Danni Auto PLUS Formula
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

Luogo _____

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato