



ASSICURAZIONI

TCM SOLUZIONE TUTELA
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

Dati riservati alla Direzione

N. Polizza

N. Antiriciclaggio

Data ultimo aggiornamento del documento

Agenzia Cod. Agenzia Cod. Subagenzia Cod. Produttore Cat. Mod. Pag.

Informazioni anagrafiche ai sensi della Legge n.231 del 21 Novembre 2007 - Legge Antiriciclaggio

Sede Contabile N. matricola Contraente CIN

CONTRAENTE

Cognome e nome / Denominazione e ragione sociale

Luogo nascita Prov. Data nascita

Residenza / Sede legale Via / Piazza N. Cap Località Prov.

Domicilio Via / Piazza N. Cap Località Prov.

Professione Cod. Prof. (TAB 3) Cod. Gruppo/Ramo (TAB 2) Cod. Sottogruppo (TAB 1)

CF/ Partita IVA

Sesso M F

Coordinate bancarie (solo in caso di pagamento in conto corrente bancario)

Istituto bancario IBAN

RAPPRESENTANTE

(Compilare se persona diversa dal Contraente e per persona giuridica)

Cognome e nome

Luogo nascita Prov. Data nascita

Residenza Via / Piazza N. Cap Località Prov.

CF

Sesso M F

Qualifica: Legale rappresentante Rappresentante (per Società ed Associazioni)

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente o del Legale rappresentante

Documento di riconoscimento: carta d'identità passaporto patente altro Numero Rilasciato da Località di rilascio Data rilascio Data scadenza

Luogo e data Il Contraente o il Rappresentante

ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Cognome e nome CF Sesso M F

Luogo nascita Prov. Data nascita

Residenza Via / Piazza N. Cap Località Prov.

Domicilio Via / Piazza N. Cap Località Prov.

Professione Cod. Prof. - (TAB 3)

Sport Cod. Sport - (TAB 3)

Estremi del documento e dati integrativi dell'Assicurato

Documento di riconoscimento: carta d'identità passaporto patente altro Numero Rilasciato da Località di rilascio Data rilascio Data scadenza

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO (\*)

Avvertenze: a) in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del/i Beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i; b) la modifica o revoca di questo/i deve essere comunicata alla Società.

Nome e Cognome o Ragione sociale, Data e Luogo di nascita o Sede Legale, C.F. o P.IVA, Recapiti (anche di posta elettronica) Codice (\*\*)

Eventuale Referente Terzo (diverso dal Beneficiario) da contattare in caso di decesso dell'Assicurato:

Nome e Cognome, Data e Luogo di nascita, N. Documento, C.F., Recapiti (anche di posta elettronica) Data e firma del Referente Terzo

(\*) Qualora vi sia più di un Beneficiario in forma nominativa compilare il "Modulo per la designazione di ulteriori Beneficiari" (\*\*) Vedere "Tabella Codici Beneficiari" sul retro della presente Proposta









