Assita Professional Life

CHECK UP PREVIDENZIALE

da inviare a **professionallife@assita.com** - fax **02-48.18.897**

Modulo raccolta dati

(non valido ai fini precontrattuali, contrattuali e non impegna le parti)

CONTRAENTE - PERSONA FISICA / ADERENTE

Cognome e Nome: _____ Sesso: ❑ M ❑ F

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza: _____

CAP _____ Città _____ Prov. (____) Nazione _____

Indirizzo di corrispondenza *(se diverso dall0'indirizzo di residenza)*: _____

CAP _____ Città _____ Prov. (____) Nazione _____

Indirizzo e-mail: _____ @ _____ Cellulare _____

Professione: _____

Reddito annuo lordo € _____ Persona politicamente esposta: SI ❑ NO ❑

ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Cognome e Nome: _____ Sesso: ❑ M ❑ F

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data e luogo di nascita _____

MODULO PIANO PREVIDENZIALE

Iscrizione alla Previdenza Obbligatoria: ❑ fino al 28/04/1993 ❑ dopo il 28/04/1993

Iscrizione alla Previdenza Complementare: ❑ non iscritto al 1/1/2007 ❑ già iscritto al 31/12/2006 ❑ vecchio iscritto

BENEFICIARI

Beneficiari della prestazione principale:

- In caso di decesso dell'Assicurato _____

_____

Estremi e legame con il Contraente

Ricezione Piano Previdenziale tramite: ❑ e-mail ❑ fax ❑ posta

info 800-237220
www.assita.com
professionallife@assita.com

Data _____ Firma dell'Assicurando _____

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali (D.Lgs 193/2003) si precisa che Assita tratterà i dati personali contenuti nel presente modulo in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati.

✉ INOLTRA ✍ STAMPA