

MODULO RACCOLTA DATI
da inviare via mail all'indirizzo
011.roma9@ageallianz.it
oppure contattaci ai numeri
06.52361584 - 06.52351344

INTESTATARIO AL P.R.A. DELL'AUTOVETTURA:

Cognome e Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Sede di lavoro: _____

Professione: _____

Indirizzo residenza: _____

Tel. / Cell. _____ Tel. Off. _____ E-Mail. _____

DATI AUTOVETTURA:

Marca: _____ Modello: _____

Data Prima Immatricolazione: _____ Kw: _____

Targa: _____ Incendio e Furto : SI NO

Massimali: 6.000.000 10.000.000 50.000.000

Tipo Guida: Libera Esperta Cristalli: SI NO Assistenza SI NO

PRECEDENTE ASSICURAZIONE:

Compagnia: _____ Data scadenza polizza: _____

VINCOLO FINANZIARIA: SI NO

Società: _____

Indirizzo: _____ Data Scadenza Vincolo: _____

Data: _____ Firma: _____

[Acconsento al trattamento dei dati personali comunicati con la presente.](#)