

Modulo di raccolta informazioni per ricevere un preventivo. Da compilare e inviare a AssiPrev Srl, via Email o Fax.

* Assicurato		*C.F.	
*Indirizzo residenza			*N. Civico
*Località			
*CAP	*PROV	*Telefono	
*EMAIL dell'assicurato			
*Club di appartenenza	non sono iscritto a nessun CLUB		<input type="checkbox"/>
*PROFESSIONE ??			

* Campi obbligatori

CARATTERISTICHE DELL'ASSICURAZIONE PER VEICOLI STORICI CON ALMENO 20 ANNI COMPIUTI, I CICLOMOTORI ALMENO 25 ANNI

Tipo Contratto	TARIFFA A FRANCHIGIA ASSOLUTA 80 EURO, CON GUIDA LIBERA ESPERTA (GUIDATORI CON ALMENO 26 ANNI)
Garanzie offerte	Pacchetto completo : RC Auto, Infortuni conducente, Incendio, Tutela legale, Assistenza Stradale e Traino (per le informazioni relative al contratto fare riferimento alla nota informativa)

INDICARE CON UNA -X- IL NUMERO DI VEICOLO/MOTOVEICOLI DA ASSICURARE

<input type="checkbox"/> FINO A 3 VEICOLI	<input type="checkbox"/> DA 4 A 5 VEICOLI	<input type="checkbox"/> DA 6 A 10 VEICOLI	<input type="checkbox"/> DA 11 A 20 VEICOLI
---	---	--	---

INDICARE CON UNA -X- LA COMBINAZIONE RICHIESTA

<input type="checkbox"/> Circolazione di 1 solo veicolo alla volta	<input type="checkbox"/> Circolazione di 2 veicoli contemporaneamente
--	---

INDICARE COGNOME, NOME E DATA DI NASCITA DEI SOLI GUIDATORI CHE HANNO UNA ETA' COMPRESA FRA i 18 ANNI E i 25 ANNI

1)	DATA NASCITA	___ / ___ / ___
2)	DATA NASCITA	___ / ___ / ___
3)	DATA NASCITA	___ / ___ / ___
4)	DATA NASCITA	___ / ___ / ___

INDICARE I DATI DEI VEICOLI/MOTOVEICOLI DA ASSICURARE (il gancio traino è assicurabile)

(*)TIPO	MARCA	MODELLO	TARGA	DATA 1° IMMATR.
				___ / ___ / ___
				___ / ___ / ___
				___ / ___ / ___
				___ / ___ / ___
				___ / ___ / ___

(*) TR = TRATTORI , AU= AUTOVETTURA, AB = AUTOBUS , AT = AUTOCARRI , MT = MOTOCICLI > 50 cc , CL = CICLOMOTORI <= 50 cc

PRECEDENTE ASSICURAZIONE

Compaiono dei Sinistri con COLPA nel suo attestato di rischio nell'anno corrente o negli ultimi 4 anni precedenti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Denominazione della Compagnia di assicurazione, se era in precedenza assicurato		
Desidero ricevere la polizza cartacea originale ?	<input type="checkbox"/> SI con spedizione Rapida in 24h costo € 10	

Firma leggibile dell'assicurato

L'assicurato dichiara che i mezzi che intende assicurare non vengono utilizzati per scopi lavorativi : _____



AssiPrev Srl

 Tel. Mobile: 3420880020 - Fax: **0287320801** - Email : info@assiprev-broker.it - Sito : www.assiprev-broker.it