

Convenzione n. _____

Contraente _____

MODULO RACCOLTA DATI - ASSICURANDI

1. _____ CF _____ sesso M F

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita ____/____/____

Residenza Via/Piazza N. _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento carta d'identità passaporto patente altro _____ Numero _____

Rilasciato _____ Località di _____ Data rilascio _____ Data scadenza _____

Premio unico in Euro _____

2. _____ CF _____ sesso M F

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita ____/____/____

Residenza Via/Piazza N. _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento carta d'identità passaporto patente altro _____ Numero _____

Rilasciato _____ Località di _____ Data rilascio _____ Data scadenza _____

Premio unico in Euro _____

3. _____ CF _____ sesso M F

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita ____/____/____

Residenza Via/Piazza N. _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento carta d'identità passaporto patente altro _____ Numero _____

Rilasciato _____ Località di _____ Data rilascio _____ Data scadenza _____

Premio unico in Euro _____

4. _____ CF _____ sesso M F

Cognome e nome _____

Luogo nascita _____ Prov. _____ Data nascita ____/____/____

Residenza Via/Piazza N. _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento carta d'identità passaporto patente altro _____ Numero _____

Rilasciato _____ Località di _____ Data rilascio _____ Data scadenza _____

Premio unico in Euro _____

Il Contraente dichiara di aver fornito i dati contenuti nel presente modulo in modo veritiero e corretto.

Luogo e data _____ L'Incaricato _____ Il Contraente _____

