ITALIASSICURA BROKER SRL

YOUR INSURANCE PARTNER

Assicurazione per attività di

MINIMARKET

MODULO RACCOLTA DATI

da inviare a mezzo mail a: **ufficio.commerciale@italiassicura.it**

Per informazioni Tel: 081 00 50 722

Contraente

Indirizzo

Cap Città Prov.

Telefono Cellulare

E-mail Fax

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | |

Data di nascita | | | Luogo di nascita Prov.

Il contraente è:

☐ uomo

☐ donna

☐ persona giuridica

Attività del negozio: Fatturato complessivo anno precedente:

Denominazione del negozio:

Superficie totale in metri quadri negozio: N° addetti:

Indirizzo negozio: n° Comune dove risiede l'attività:

Provincia: CAP:

Ha più di un punto vendita? ☐ SI, indicare il n° ☐ NO

Tipologia d'uso: ☐ DI PROPRIETA' ☐ IN AFFITTO

Ha mai avuto sinistri per lo stesso rischio? ☐ SI ☐ NO

Se SI, specificare circostanza ed indicare anno:

_____, *il* _____ _____

Il Proponente