

RICHIESTA PREVENTIVO AUTO, MOTO E CICLOMOTORI

DATA: / /

(per ogni chiarimento e/o per altre categorie di veicoli contattare i nostri uffici)

SOCIO AVIS		AVIS	
Nome:	Cognome:	Tessera AVIS n°:	
Indirizzo:		Comune di:	
C.a.p. e località:	Provincia:		
Telefono:	E-mail:		

CONDUCENTI DEL VEICOLO					
Specificare i dati sotto indicati per tutti i famigliari conviventi che possono guidare il veicolo					
	Intestatario	2° conducente	3° conducente	4° conducente	5° conducente
Maschio / femmina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anno di nascita					
Provincia residenza					
Figli conviventi	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
N° altre autovetture o motocicli da assicurare entro 12 mesi con gli stessi conducenti:					

AUTOVETTURA			
Marca:	Modello:	Anno immatr.:	Potenza KW:
<input type="checkbox"/> Benzina <input type="checkbox"/> Diesel	<input type="checkbox"/> Traino / rimorchio	<input type="checkbox"/> ABS	<input type="checkbox"/> Leasing
Posteggio notturno abituale (solo per incendio / furto): <input type="checkbox"/> Strada <input type="checkbox"/> Posto auto <input type="checkbox"/> Box <input type="checkbox"/> Garage			

MOTOCICLO / CICLOMOTORE
Cilindrata:

DATI RELATIVI AL CONTRATTO			
Provenienza	Compagnia:	Scadenza: / /	Bonus / malus CIP :
N° sinistri ultimo anno:	N° sinistri 5 anni precedenti:	Massimale R.C.A.:	
Valore incendio / furto (solo autovetture e motocicli) €:			<input type="checkbox"/> Antifurto satellitare
Garanzie: <input type="checkbox"/> Cristalli <input type="checkbox"/> Kasko collisione <input type="checkbox"/> Kasko totale <input type="checkbox"/> Infortuni conducente <input type="checkbox"/> Tutela legale			
E' interessato al pagamento mensile della polizza assicurativa? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			

Acconsento all'utilizzo dei miei dati personali per scopi assicurativi da parte della Società Cattolica di Assicurazione, ai sensi della normativa vigente, **FIRMA:**