ITALIASSICURA BROKER SRL
YOUR INSURANCE PARTNER

POLIZZA ASSICURATIVA INVITALIA D.Lgs. 185/2000

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: _____ 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, specificare circostanza ed indicare anno: _____
- ○ NO

_____, *il* _____ _____

Il Proponente

Allegati:

- Visura camerale ditta/società
- Documento Legale Rappresentante
- Contratto per la concessione delle agevolazioni
- Allegato A (Partite investimenti richiesti/ammessi)
- Allegato B (Quote possedute dalla società)
- Fatture dei costi sostenuti per attrezzature/macchinari/impianti