Data, **Spett.le F.A.L.C.R.I.**

**Stanza SAS VIA C. MAGNO 7**

**Tel 055-2612674 Fax 055-2614089**

**RICHIESTA PREVENTIVO**

**Per un corretto calcolo del preventivo allegare al presente modello il libretto di circolazione del veicolo e l’attestato di rischio**

Il sottoscritto/a "richiedente" CRF dipendenza

**L'assicurato CF**  nato a il

 il residente Via N°

Marca Modello CV KV Cm3 Aliment

Targa/telaio Data 1^ immatr Intest. PRA

MASSIMALE (IN €): 6.000.000,00 8.000.000,00 12.000.000,00 15.000.000,00

INDICAZIONE DEL CHILOMETRAGGIO PRESUNTO ANNUO fino a Km 30000 oltre km 30000

INDICAZIONE DEL CHILOMETRAGGIO GIA' EFFETTUATO Km:

 **RC AUTO BONUS /MALUS** Classe di prov assegnaz provincia

 **INCENDIO E FURTO** VALORE DA ASSICURARE

 **EVENT I SOCIO POLITICI, ATTI VANDALICI, RICORSO TERZI DA INCENDIO**

 **KASCO COLLISIONE**

NOTE:

 **KASCO COMPLETA**

 **POLIZZA CONDUCENTE**

 **CON SATELLITARE**

 **GUIDA ESCLUSIVA**

L’ELENCO DELLE CARROZZERIE CONVENZIONATE SARA’ INVIATO A VOSTRA RICHIESTA

 **CARROZZERIA CONVENZIONATA**

Tel ufficio tel casa

Cellulare fax

**PER RICHIEDERE L’EMISSIONE DELLA POLIZZA INVIARE IL PREVENTIVO CHE RICEVERETE UNITAMENTE AL MODELLO DI RICHIESTA ASSICURATIVA CHE SEGUE DEBITAMENTE COMPILATO**

**SEGUE**

Data, **Spett.le F.A.L.C.R.I.**

**Stanza SAS VIA C. MAGNO 7**

**Tel 055-2612674 Fax 055-2614089**

**RICHIESTA DI COPERTURA ASSICURATIVA**

**RIFERIMENTO PREVENTIVO N°**

**INDICARE LA COMPAGNIA DI PROVENIENZA**

 **CON DECORRENZA DALLE ORE DEL**

Vogliate provvedere, come a tutti gli effetti Vi richiediamo, ad emettere polizza assicurativa alle condizioni convenute con la convenzione F.A.L.C.R.I., con riferimento al mod AU 44 ed. 1/1999 e AU 40 ed. 1/1998 per quanto riguarda le condizioni generali di assicurazione R.C. Auto e garanzia accessoria.

**IL PAGAMENTO DEL PREMIO SARA' DA ME ESEGUITO NEL SEGUENTE MODO**

 VERSAMENTO CON BONIFICO : **COD. IBAN IT98V0200802853000020047528**

 INTESTATO A: GENERALI ITALIA SPA

SARA' MIA CURA INVIARE A CODESTA COMPAGNIA, COPIA DEL SUDDETTO BONIFICO E ATTESTATO DI RISCHIO RILASCIATO DALLA PRECEDENTE ASSICURAZIONE

Attivazione SEPA CORE DIRECT DEBIT

 VEDI PAGINA SEGUENTE

**Privacy legge 675/96**: il "**Richiedente**" acconsente al trattamento dei dati personali e alla trasmissione dei medesimi alla Compagnia di Assicurazioni per il perfezionamento dell'operazione.

Firma del Dipendente "**Richiedente**" e "**Assicurato**

**Privacy legge 675/96**: l' "**Assicurato**" acconsente al trattamento dei dati personali e alla trasmissione dei medesimi alla Compagnia di Assicurazioni per il perfezionamento dell'operazione.

Firma dell "**Assicurato**" (**se diverso dal Richiedente)**

**SEGUE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RIFERIMENTO MANDATO: |  |  | Montelatici Daniela, di Ciommo Eduardo, Gotti Paolo snc |
| TARGA |
| *(da completare a cura del Creditore)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome/Ragione Sociale del Debitore: |  |
| Indirizzo: | *Via/C.so/P.zza/Largo* |  | N°: |  |
| CAP: |  | Località: |  |
| Provincia: |  | Paese: |  |
| Titolare del Conto Corrente: | *(indicare IBAN)* |
| Presso la Banca: |  | Codice SWIFT (BIC): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione Sociale del Creditore: | Montelatici Daniela, di Ciommo Eduardo, Gotti Paolo snc |
| Codice Identificativo del Creditore (*Creditor Identifier*): | IT560010000006055560483 |
| Sede Legale: | *Via/C.so/P.zza/Largo* |  | N°: |  |
| CAP: | 50123 | Località: | FIRENZE |
| Provincia: | FIRENZE | Paese: | ITALIA |

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato

|  |  |
| --- | --- |
| □ | addebiti in via continuativa |
| □ | un singolo addebito  |

- la Banca ad eseguire l’addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *,* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Luogo* *Data*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Firma del Debitore*

**N.B**.: I diritti del Debitore riguardanti l’autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Dettagli relativi al rapporto sottostante fra Creditore e Debitore – indicazione facoltativa con finalità esclusivamente informative

|  |
| --- |
| *Indicare in questo campo il codice di riferimento che si vuole la Banca citi nell’addebito* |
| Codice identificativo del Debitore: |  |

Eventuale soggetti per conto dei quali viene effettuato il pagamento:

|  |
| --- |
| *Per pagamenti relativi a un contratto tra un soggetto diverso dal sottoscrittore e il Creditore (ad es. liquidazione di fatture intestate a terzi) usare questo campo per indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il sottoscrittore lasciare in bianco*. |
| Nome dell’effettivo Debitore: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Codice identificativo dell’effettivo Debitore: |  |
|  |  |
| Nome dell’effettivo Creditore: | . |
| *Il Creditore deve compilare questa sezione se l’incasso è effettuato per conto un altro soggetto* |
| Codice identificativo dell’effettivo Creditore: |  |
| Riferimenti del contratto sottostante: | *(Numero identificativo del contratto sottostante)* |
| Descrizione del contratto: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:Generali Italia Spa – Agenzia 513 Firenze Campi Bisenzio –Tel. 055/2720011 – fax 055/2720020 -Viale F.lli Rosselli 22-50123 FirenzeEmail: firenze513@agenzie.generali.it | RISERVATO AL CREDITORE: |