



MGM BROKER

QUESTIONARIO POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE

Da inviare a mezzo fax allo 06. 96708830
O tramite mail all'indirizzo: info@mgbroker.com

Contraente:		 Sesso
Data di Nascita _/_/____	Luogo di Nascita	Prov.
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale	Tipo documento n.	
Documento rilasciato da	in	il _/_/____ scadenza _/_/____
Assicurato (Solo se diverso da Contraente):		
Data di Nascita _/_/____	Luogo di Nascita	Prov.
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale	Tipo documento n.	
Documento rilasciato da	in	il _/_/____ scadenza _/_/____

Attività esercitata: _____

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurative e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta in mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)

Massimale € _____

Durata Anni _____

Frazionamento: ☐ Premio Unico Anticipato ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Mensile

Beneficiari (indicare solo una scelta)

☐ Coniuge ☐ Eredi Testamentari e legittimi
☐ Figli nati e nati in parti uguali ☐ Altro _____

Altre Assicurazioni personali in corso: SI ☐ NO ☐ - Compagnia _____

Polizza n. _____ **Massimale** _____ **Scadenza** _/_/____

MGM BROKER Srl

Via Ferdinando di Savoia 3, 00196 Roma
Tel. 06.8551935 - Fax 06.96708830 - Cel. 349.4706751
Email: info@mgbroker.com
www.mgbroker.com



RUI B000294189
P.IVA/CF 08445131009
Capitale interamente versato € 10.000,00
Iscrizione REA RM - 1094504



MGM BROKER

Il presente questionario non costituisce copertura assicurativa.

Il proponente riconosce che le dichiarazioni contenute e da lui rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, possono compromettere il diritto alla prestazione. Priva della sottoscrizione della dichiarazione dello stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'assicurato.

Il sottoscritto assicurato dichiara:

- Di godere attualmente di un buono stato di salute
- Di non essere mai stato ricoverato negli ultimi cinque anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale;
- Di non aver consultato medici specialisti negli ultimi sei mesi al di fuori di semplici controlli di routine;
- Di prescindere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato nonché le altre persone, ospedali case di cura ed istituti in genere ai quali Cattolica Previdenza S.p.a. ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA'

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)

MGM BROKER Srl

Via Ferdinando di Savoia 3, 00196 Roma
Tel. 06.8551935 - Fax 06.96708830 - Cel. 349.4706751
Email: info@mgmbroker.com
www.mgmbroker.com



RUI B000294189
P.IVA/CF 08445131009
Capitale interamente versato € 10.000,00
Iscrizione REA RM - 1094504