MGM BROKER

QUESTIONARIO POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE
RISERVATA AGLI ISCRITTI
(per nuovi mutui o surroga)

da inviare a mezzo fax allo 06. 96708830 e email all'indirizzo:
info@mgmbroker.com

Contraente		sesso	(F/M)
Data di Nascita _ _/_ _/_ _ _ _	Luogo di nascita		Prov.
Indirizzo			
Cap	Citta'		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale	Tipo documento	n.	
Documento rilasciato. da	in	il _ _/_ _/_ _ _ _	scadenza _ _/_ _/_ _ _ _
Fumatore:			
2° Assicurato (Solo in caso di cointestazione del Mutuo)			
Data di Nascita _ _/_ _/_ _ _ _	Luogo di nascita		Prov.
Indirizzo			
Cap	Citta'		Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare	
e-mail		Fax	
Cod. Fiscale	Tipo documento	n.	
Documento rilasciato. da	in	il _ _/_ _/_ _ _ _	scadenza _ _/_ _/_ _ _ _
Fumatore:			

Attività esercitata: _____

Iscrizione n°: _____

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)

Durata Residua del Mutuo (numero anni): **Tasso Mutuo:** _ _ _ _ _ _ %

Desideri Preventivo Agganciato al Mutuo (SI:) **o a Capitale Fisso** (SI:)

Capitale da Garantire: _____ € Effetto _ _/_ _/_ _ _ _

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

MGM BROKER

Desideri delle Garanzie aggiuntive (indicare la/e scelte):

☐ Invalidità Permanente da Infortunio e Malattia

☐ Perdita di Impiego

Modalità di Pagamento:

☐ Mensile ☐ Bimestrale ☐ Trimestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

☐ Premio Unico Anticipato

Beneficiari (indicare solo una scelta solo in caso di Capitale Fisso):

☐ Coniuge

☐ Figli nati e nascituri in parti uguali

☐ Eredi testamentari e legittimi

☐ Eredi testamentari e legittimi

☐ Altro _____

(Indicare Nome, Cognome e Codice Fiscale)

_____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)

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)