Sindacato Nazionale Agenti di Assicurazione

MODULO DI SEGNALAZIONE PRESUNTI COMPORTAMENTI SCORRETTI NELL'ATTIVITÀ DI INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA

Nome e cognome segnalatore _____

Sede agenzia _____

Residenza _____

Cell. _____

E-mail _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA FISICA/SOCIETÀ OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Società/Persona fisica _____

Nome operatore che ha effettuato il contatto _____

Eventuale identificativo del contatto _____

Data _____

Luogo _____

Descrizione dell'accaduto _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Eventuale copertura assicurativa proposta _____

20123 Milano – Via Lanzone, 2 – Tel. 02.80.66.131 – Fax 02.86.78.78
Codice Fiscale 80053030153 **www.snaservice.it – sna@snaservice.it**