



Modello richiesta Progetto Polizza Infortuni

ASSICURANDO

Nome - Cognome:

Data di Nascita: ___/___/___

Luogo di Nascita:

Residenza:

Codice Fiscale:

Professione:

GARANZIE RICHIESTE

Professionale

Extraprofessionale

Professionale ed Extra

Morte

Capitali Assicurati:

Invalidità Permanente

Capitali Assicurati:

Invalidità Permanente da Malattia

Capitali Assicurati:

Spese Mediche da Infortunio

Capitali Assicurati:

Diaria da Ricovero da Infortunio

Capitali Assicurati:

DATI PER INVIO PROGETTO DI POLIZZA

Nominativo:

Telefono:

Fax:

E-mail:

La richiesta di progetto non comporta nessun obbligo a sottoscrivere un contratto assicurativo con la nostra struttura e non ha costo.

