

PROPOSTA DI POLIZZA INFORTUNI 24h su 24h

CONTRAENTE:				
Indirizzo:				
Cap:	Città:			Pv
Professione:				
Data di nascita: __ _ _		Luogo di nascita:		Pv.
Codice fiscale/ P.iva:				
PERSONE ASSICURATE	Sesso	Data di nascita	Professione	Cod.fiscale
1				
2				
3				
4				
CAPITALI ASSICURATI €				
Caso Morte	Invalità permanente	Rimborso spese mediche	Diarie	Condizioni aggiuntive e/o premio totale singolo
1				
2				
3				
4				
Premio annuo € _____				
Modalità di pagamento: Con assegno __ In contanti __ A mezzo Bonifico __ __ Con addebito su Carta di Credito CARTA SI __ CARTA VISA __				
Numero __ _ _ _ - __ _ _ _ - __ _ _ _ - __ _ _ _ Scadenza __ _ Cvv __ _ _				
Compagnia Assicuratrice:				
Effetto __ _ _ _ scadenza __ _ _ _ fraz. _____				
Luogo e data _____ __ _ _ _ _____ <div style="text-align: right;">(Firma del contraente)</div>				
Consulente			Codice	

dal 1928... una storia che continua...