



Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Specializzazione		
Iscritto all'Ordine di		Nr
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

Massimale € 100.000,00

Importo totale € 25,00

Massimale € 200.000,00

Importo totale € 50,00

Effetto* | | | | Scadenza | | | |

* La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Luogo e data _____ | _____ | _____ | _____ | _____

(Firma del contraente)

