

QUESTIONARIO PER QUOTAZIONE POLIZZA INFORTUNI

Convenzione **RISERVATA** ai dipendenti e ai collaboratori della Soc. **DIGITAL 360**

Nome e Cognome	Codice Fiscale			
Data di nascita	Luogo di nascita			
Indirizzo	Comune	CAP	Provincia	
Professione	Unica attività professionale svolta ? In difetto indicare la seconda attività			
Ha in corso altre polizze infortuni	in caso affermativo indichi nelle note i capitali e la compagnia			
Pratica sport a livello dilettantistico	se "SI", quali?			
Pratica sport a livello professionale/agonistico (percependo danaro)	se "SI" quali?			
Composizione del Suo nucleo familiare (risultante da stato di famiglia)	Moglie/Compagna	Figli minorenni	Figli maggiorenni	Altro
Impegni finanziari nel medio/breve termine	quali e per che importo			
Impegni finanziari nel lungo termine	quali e per che importo			

GARANZIE E SOMME ASSICURATE

A quali garanzie è interessato e per quali somme assicurate:

MORTE DA INFORTUNI

MORTE DA INFORTUNIO e/o MALATTIA

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO e/o MALATTIA

DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

DIARIA DA GESSO

DANNI PER INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNI

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNI

NOTE

Il presente modulo non ha valore di copertura assicurativa e non si deve considerare quale proposta di assicurazione. Compilando il presente documento l'assicurato dichiara di avere preso visione della nota informativa e del modello Unico (ex.7A e 7B) e autorizza la Soc. I.C.B. Srl al trattamento dei dati ai fini della legge sulla Privacy.

