

PROPOSTA DI POLIZZA INFORTUNI MEDICO per frequenza presso azienda ospedaliera

Da inviare via mail a: info@vogliottibroker.it

Contraente	_____			
Indirizzo	_____			
Cap	_____ Città	_____ Prov	_____	
Cell	_____ e-mail	_____		
Codice Fiscale	_____ P.Iva	_____		
Data di nascita	/ /	Luogo	_____ Prov	_____

Beneficiari in caso di morte: Eredi Legittimi

Morte € 250.000,00
Invalidità Permanente € 250.000,00
Comprese HIV ed Epatiti **B e C**

Struttura presso cui si effettua la frequenza : _____

Decorrenza _____

Luogo e data _____ Firma del medico _____