

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 _____