



Several

INSURANCE BROKERS

PREVENTIVO POLIZZA INFORTUNI

Data di compilazione

INVIARE A SEVERAL SRL

TELEFAX N. 040.3489421 MAIL: segreteria@severalbroker.it

Dati Contraente

Nome Cognome/Ragione soc.	
Codice fiscale / Partita IVA	
Indirizzo	
Città	CAP -
Telefono	FAX -
E-mail	

Forma della garanzia

- Professionale
 – Extraprofessionale
 – Professionale ed extraprofessionale (24 ore su 24)

Assicurati

- Individuale
 – Cumulativa

Domande anamnestiche:

Effettua sport pericolosi o gare? SI NO

Se si quali: _____

Effettuerà viaggi aerei in paesi a rischio nei prossimi mesi? SI NO

Se affermativo specificare il luogo: _____

Ha già avuto altri sinistri con polizze infortuni che anno comportato una liquidazione o infortuni con Invalidità permanenti ? SI NO

In caso affermativo specificare la patologia:

Ha in corso altre polizze infortuni? SI NO

In caso affermativo indichi la Compagnia il n. di polizza e i capitali/massimali assicurati:



GARANZIE RICHIESTE

Persona assicurata	Capitali assicurati
Nominativo:	<input type="radio"/> Per morte € _____ <input type="radio"/> Per invalidità permanente € _____ <input type="checkbox"/> franchigia 0 % fino a 150.000,00 <input type="checkbox"/> franchigia 5 % assorbibile al 15% + supervalutazioni <input type="checkbox"/> franchigia 3% assorbibile al 15%
Data di nascita:	
Attività principale:	
Attività secondarie:	
	<input type="radio"/> Inabilità temporanea € _____ Franchigia giorni 7
	<input type="radio"/> Diaria da gesso € _____
	<input type="radio"/> Diaria da ricovero: € _____
	<input type="radio"/> Rimborso spese mediche € _____
	<input type="radio"/> Grande intervento chirurgico € _____
DISPONIBILITA' DI SPESA	€ _____

Persona assicurata	Capitali assicurati
Nominativo:	<input type="radio"/> Per morte € _____ <input type="radio"/> Per invalidità permanente € _____ <input type="checkbox"/> franchigia 0 % fino a 150.000,00 <input type="checkbox"/> franchigia 5 % assorbibile al 15% + supervalutazioni <input type="checkbox"/> franchigia 3% assorbibile al 15%
Data di nascita:	
Attività principale:	
Attività secondarie:	
	<input type="radio"/> Inabilità temporanea € _____ Franchigia giorni 7
	<input type="radio"/> Diaria da gesso € _____
	<input type="radio"/> Diaria da ricovero: € _____
	<input type="radio"/> Rimborso spese mediche € _____
	<input type="radio"/> Grande intervento chirurgico € _____
DISPONIBILITA' DI SPESA	€ _____



DICHIARAZIONE

Dichiaro/iamo che le risposte ed i fatti dichiarati in questo questionario sono veritieri e non ho/abbiamo rilasciato dichiarazioni non rispondenti alla realtà, omesso o sottaciuto nessun fatto importante.

Mi dichiaro/ci dichiariamo d'accordo che questa proposta così come ogni altra informazione da me/noi fornita formerà parte integrante del contratto assicurativo. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione della presente questionario.

La firma del presente questionario non impegna il proponente alla stipulazione del contratto.

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

Data ___/___/_____

Firma dell'Intermediario