

RICHIESTA PREVENTIVO PROTEZIONE FAMIGLIA	DATA: / /
---	---------------------

(per ogni chiarimento e/o per altri tipi di garanzie contattare i nostri uffici)

SOCIO AVIS	
Nome:	Cognome:
Indirizzo:	
C.a.p. e località:	Provincia:
Telefono:	E-mail:

AVIS
Tessera AVIS n°:
Comune di:

DATI RELATIVI ALLE PERSONE DA ASSICURARE					
Specificare i dati sotto indicati per ciascuna delle persone da assicurare (sono previsti sconti famiglia)					
	1° assicurato	2° assicurato	3° assicurato	4° assicurato	5° assicurato
Maschio / femmina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Anno di nascita					
Provincia di residenza					
Professione					
Dipendente	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

DATI RELATIVI AL CONTRATTO						
Specificare le garanzie indicando i massimali: se non specificati verrà comunque fatta una proposta						
		1° assicurato	2° assicurato	3° assicurato	4° assicurato	5° assicurato
B A S E	Caso morte	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €
	Invalidità permanente	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> €
	Malattia: forfait / grandi Interventi / completa	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> c
E S T E S E	Diaria per ricovero	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì
	Diaria per gessatura	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì
	Spese mediche	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì
	Garanzie malattia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> sì
Altre garanzie particolari						
E' interessato al pagamento mensile della polizza assicurativa? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no						

Acconsento all'utilizzo dei miei dati personali per scopi assicurativi da parte della Società Cattolica di Assicurazione, ai sensi della normativa vigente, **FIRMA:**

