

## Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Specializzazione		
Iscritto all'Ordine di		Nr
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax

**Massimale € 100.000,00**

**Importo totale € 25,00**

**Massimale € 200.000,00**

**Importo totale € 50,00**

Effetto\* | | | Scadenza | | | |

\* La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

(Firma del contraente)

