

Scheda offerta economica

Polizza Assistenza A2

Copertura delle spese sanitarie per i familiari non fiscalmente a carico del personale in servizio della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, nella sua qualità di _____
della Compagnia assicuratrice _____
per conto della quale agisce, dichiara la disponibilità della predetta Compagnia ad assumere il rischio
"Copertura aggiuntiva delle spese sanitarie" per ogni Assicurato alle seguenti condizioni economiche:

COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO- a carico del dipendente

Assistenza a favore di:	Contributo annuo pro capite offerto
ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia <u>(il cui costo è a carico del dipendente)</u>	€

Offerta obbligatoria, ma non soggetta a valutazione.

Firma (Società offerente / mandataria)

.....

Firma delle Società mandanti

1.....

2.....

3.....

Luogo e data