

Scheda offerta economica

Polizza Assistenza C
Copertura aggiuntiva delle spese sanitarie 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 AGGIUNTIVA- facoltativa a carico dell'Assistito

Assistenza a favore di:	Contributo annuo pro capite offerto
ogni assistito/assicurato (ogni dipendente, dipendente in quiescenza, coniuge o figlio risultante da stato di famiglia- anche non a fiscalmente a carico)	€

Per i familiari l'adesione alla copertura aggiuntiva potrà avvenire solo dopo aver acquistato la “copertura base”.

Offerta obbligatoria, ma non soggetta a valutazione.

Firma (Società offerente / mandataria)

.....

Firma delle Società mandanti

1.....

2.....

3.....

Luogo e data