

Richiesta d'offerta

Nome azienda _____ Forma giuridica _____

Indirizzo _____

Attività _____

Telefono _____

Email _____

Sito Web _____

Contratto collettivo ? Sì Nome: _____ No

Lavoratore indipendente Sì Nome e cognome _____

Data di nascita _____

N. AVS _____

Salario assicurato _____

No Se ci sono altre persone alle sue dipendenze indicare di seguito i seguenti dettagli:

Somma salari AVS dipendenti: Uomini: _____ Donne : _____

Cifra d'affari annua _____

Polizze attuali :	Ramo	Numero polizza	Ramo	Numero polizza	
1.	_____	_____	2.	_____	
	Ramo	Numero polizza		Ramo	Numero polizza
3.	_____	_____	4.	_____	
	Ramo	Numero polizza		Ramo	Numero polizza
5.	_____	_____	6.	_____	
	Ramo	Numero polizza		Ramo	Numero polizza
7.	_____	_____	8.	_____	
	Ramo	Numero polizza		Ramo	Numero polizza
9.	_____	_____	10.	_____	

NB – Vi chiediamo gentilmente di ALLEGARE COPIA DELLE POLIZZE

(per il contratto LPP allegare Regolamento, contratto di adesione e Distinta aggiornata prestazioni/contributi)

Il sottoscritto _____ autorizza l'intermediario assicurativo autorizzato da MEDICUS a richiedere informazioni agli attuali assicuratori in merito a sinistri, coperture e tutti i dettagli necessari per eseguire la richiesta d'offerta ad altre compagnie.

Note:

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____