

Richiesta d'offerta

Nome	_____	Cognome	_____
Indirizzo	_____		
Data di nascita	_____	Data patente	_____
Nazionalità	_____		
Professione	_____		
Telefono	_____	_____	_____
Email	_____	_____	_____

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

NB: Vi chiediamo di ALLEGARE COPIA POLIZZE ATTUALI

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 _____

Firma _____