

**RICHIESTA POLIZZA INFORTUNI**  
**Convenzione Fondazione Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della Provincia di Firenze**  
**- Inviare via fax al 055/576507 -**

▪ Intestatario Polizza:

- Nome e Cognome / Ragione Sociale .....
- Codice Fiscale / P.IVA .....
- Provincia di residenza: .....
- Comune di residenza: ..... CAP .....
- Indirizzo: .....  
.....

▪ Assicurati:

Nome e Cognome	Data di nascita	Opzione
1) .....	...../...../.....	.....
2) .....	...../...../.....	.....
3) .....	...../...../.....	.....
4) .....	...../...../.....	.....
5) .....	...../...../.....	.....
6) .....	...../...../.....	.....

▪ Durata: 1 anno dalle ore 24,00 della data di decorrenza

▪ Decorrenza: ore 24,00 del ...../...../.....

Firma

.....