# MODULO ADESIONE POLIZZA STRANIERI IN ITALIA

**MODULO da inviare a mezzo Fax allo *02.32.06.65.05 - AREA NORD ITALIA -***

**MODULO da inviare a mezzo Fax allo *0971.53.802 - AREA CENTRO SUD ITALIA -***

**Allegare: Documento Identità**

## Polizza di Assicurazione - *MEDICO NOSTOP ITALY-*

Assicurato (Ospitante)_____

Indirizzo _____

Cap. _____Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail _____@_____

Cod. Fiscale |___|___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___| |___|___|___|___| |___|

Data di nascita |_____||_____||_____| Luogo di nascita _____ Prov. _____

**Effetto**|_____||_____||_____| **Scadenza**|_____||_____||_____|

| EUROPE | WORLD |
|---|---|
| Formula BASIC □ € 290,00 | Formula BASIC □ € 459,00 |
| Formula TOP □ € 599,00 | Formula TOP □ € 735,00 |
| ***PREMI ANNUI*** | |

*Gli Importi comprendono: diritti di emissione, polizza, assistenza e consulenza, oneri di spedizione.*

***Importante:** L'invio del presente modulo con allegato la copia del bonifico, costituisce direttamente emissione di polizza.*

**Pagamento:**

☐ **Bonifico Bancario** presso Unicredit Banca di Roma AG. 408 PZ
C/C intestato a: STUDIO LOSASSO BROKER SRL
**IBAN**: IT 95 V 02008 04202 000010637383 - Causale: nome e cognome

☐ **Assegno Circolare** intestato a: STUDIO LOSASSO BROKER SRL

Luogo e data _____|___|___|_____| _____

*(Firma dell'Assicurando)*

**STUDIO LOSASSO BROKER SRL**
Sede legale - 85100 POTENZA – Via G. Rossini, 12 – Tel. 0971.19.40.635 – Fax 0971.53.802
Sede secondaria – 20131 MILANO – Via B. Spinoza, 2 – Tel. 02.40.04.75.41 – Fax 02.32.06.65.05
*Consulenze, Intermediazioni, Gestioni assicurative*
**www.studiolosassobroker.com – info@studiolosassobroker.com**
Iscrizione R.U.I. B000064629 P. IVA 01644640769 – REA Potenza n. 124007