



QUESTIONARIO COLPA LIEVE

dell'Ente Pubblico

Informazioni riguardanti l'ente:

Nome Ente	
Indirizzo completo	
CAP, Località, Provincia	
Partita IVA	

Informazioni riguardanti la copertura:

Data di decorrenza	
N. Abitanti	
Massimale aggregato richiesto per l'Ente	<input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 3.000.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/> Altro:
Massimale (sottolimito) richiesto per Individuo	<input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 1.000.000 <input type="checkbox"/> € 1.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.000.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 3.000.000 <input type="checkbox"/> € 5.000.000 <input type="checkbox"/> Altro:

Inserire nome e cognome e la relativa attività/professione svolta presso l'ENTE di appartenenza delle persone che si intendono assicurare

NOME	COGNOME	ATTIVITA'

Data:

Firma: