
QUESTIONARIO PROPOSTA PER POLIZZA DENTI

NOTA: a) E' indispensabile rispondere a tutte le domande contenute nel presente Questionario, che in caso di realizzazione della polizza, verrà allegato alla stessa.
b) Qualora lo spazio riservato alle risposte dovesse risultare insufficiente, si prega di inserire fogli separati e di indicare i rimandi del caso.

1) **NOME DELL'ASSICURATO e DATA NASCITA (O DENOMINAZIONE SOCIALE)**

2) **INDIRIZZO**

3) **RECAPITI**

Numero telefono:
Numero cellulare:
Indirizzo email:

4) **PERSONE DA ASSICURARE E DATE NASCITA:**

5) **LE PERSONE DA ASSICURARE SONO NON FUMATORI DA ALMENO 5 ANNI?**

6) **VUOLE IL RIMBORSO DELLE SPESE DI PRIMA CURA DENTI (GARANZIA BASE INCLUDE VISITE, RX, SIGILLATURA SOLCHI)?**

7) **VUOLE IL RIMBORSO ANCHE DELLA CHIRURGIA E CONSERVATIVA (GARANZIA MEDIA INCLUDE ESTRAZIONI, PICCOLI INTERVENTI, OTTURAZIONI)?**

8) **VUOLE IL RIMBORSO ANCHE DI IMPLANTOLOGIA, PROTESI E GNATOLOGIA? (GARANZIA COMPLETA INCLUDE IMPIANTI DENTI NUOVI, CORONE, PROTESI ECC)**

NB: DALLA COPERTURA VERRANNO ESCLUSI TUTTE LE PATOLOGIE O PROBLEMATICHE GIA' IN ESSERE

I nostri uffici sono a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento.