

QUESTIONARIO PROPOSTA BUSINESS PASS

Contraente (Rag. Sociale, Indirizzo P. Iva, telefono, fax, mail)	
Descrizione attività svolta	
Persone viaggianti (indicare nr. Persone e nr. Giornate / viaggio totali)	Amministratori nr: _____ giornate viaggio _____ Dipendenti nr: _____ giornate viaggio _____ Consulenti esterni nr: _____ giornate viaggio _____ Altro (specificare) nr: _____ giornate viaggio _____
Permanenza estero	continuativa > 90 giorni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
GARANZIE (mettere X)	<input checked="" type="checkbox"/> Assistenza <input checked="" type="checkbox"/> RSM <input checked="" type="checkbox"/> Bagaglio (€ 2.500) <input type="checkbox"/> RCT <input type="checkbox"/> TL <input type="checkbox"/> Infortuni
RIMBORSO SPESE MEDICHE	<input type="checkbox"/> € 2.500 <input type="checkbox"/> € 5.000 <input type="checkbox"/> € 20.000 <input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> € 150.000 <input type="checkbox"/> € 250.000
RCT	<input type="checkbox"/> € 250.000 <input type="checkbox"/> € 500.000 <input type="checkbox"/> € 750.000
TUTELA LEGALE	<input type="checkbox"/> € 2.500 <input type="checkbox"/> € 5.000 <input type="checkbox"/> € 15.000
INFORTUNI (classe) Caso Morte	classe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> € 100.000 <input type="checkbox"/> € 150.000 <input type="checkbox"/> € 200.000 <input type="checkbox"/> € 250.000
Invalidità Permanente	<input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> € 100.000 <input type="checkbox"/> € 150.000 <input type="checkbox"/> € 200.000 <input type="checkbox"/> € 250.000

CLASSI DI RISCHIO INFORTUNI:

- a) Attività amministrativa;
- b) Attività amministrativa, lavoro manuale saltuario, accesso a officine/cantieri;
- c) Attività manuale, in officine/cantieri, uso di macchine.

Tutte le attività che comportino uso di mine o sostanze pericolose e accesso a miniere o scavi non sono assicurabili salvo specifica pattuizione

Luogo e data _____

Timbro Azienda _____