

Array Array

Dati premio assicurativo	
Sesso	
Nome	
Cognome	
Via	Ca'Marano
Data di nascita	//
Franchigia	
PLZ / Ort	
Cassa malati selezionata	
Modello selezionato	
Premio calcolato	
Permesso di soggiorno	
Lingua dell'offerta	Italiano
Telefono	3333333
E-mail	dario.sgaga@bbbjb.it
Nome e indirizzo medico di famiglia	

Dati supplementari personali

Scelta dell'ospedale	
Quota a carico dell'assicurato in caso di hospitalizzazione	Array
Trattamento del medico primario	No
Le importa poter usufruire di trattamenti a scelta all'estero	No
Desidera un'assicurazione dentale	No
Le importano esami di check-up e vaccinazioni	No
Prende in considerazione metodi di trattamento alternativi	No
Viaggia almeno una volta all'anno all'estero	No
Desidera aiuti domestici, assistenza domiciliare (Spitex), cure e ausiliari	No
Desidera che l'assicurazione copra i costi di salvataggio e trasporto	No
Usufruisce di medicinali (anche omeopatici) quando è in malattia	No
Necessita di un capitale in caso di invalidità o decesso	No
Le mie bollette mediche annuali in media sono	
Quale tipo di assicurazione sanitaria sei?	
Comunicazioni	asdfadf