

## Array Array

### Dati premio assicurativo

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| Sesso                               |                     |
| Nome                                |                     |
| Cognome                             |                     |
| Via                                 | Ca marano           |
| Data di nascita                     | //1993              |
| Franchigia                          | FRA-500             |
| PLZ / Ort                           | 1000 Lausanne       |
| Cassa malati selezionata            | ASSURA Pully        |
| Modello selezionato                 | TAR-HAM RS          |
| Premio calcolato                    | 365.50              |
| Permesso di soggiorno               |                     |
| Lingua dell'offerta                 | Italiano            |
| Telefono                            | 323333              |
| E-mail                              | d.sgamba@hotmail.it |
| Nome e indirizzo medico di famiglia |                     |

### Dati persone aggiuntive

|                   |
|-------------------|
| <b>2a Persona</b> |
| Data di nascita   |
| Franchigia        |

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   | DSAFSDFFD |