

**RICHIESTA QUOTAZIONE**  
**Programma 5b) MISSIONI DEFINITIVE – EXPATRIATE CARE**  
**Prestazioni e servizi assicurativi a favore degli espatriati e delle loro famiglie**

Ragione Sociale  
(denominazione completa dell'Azienda)

Codice Fiscale/Partita Iva

(Non è data facoltà di adesione a questo Programma nel caso in cui i dipendenti interessati siano di **numero inferiore a 3**. Unicamente **in caso di adesione al solo PIANO BASE**, e solo nel caso di iscrizione obbligatoria di **tutti i dipendenti espatriati** e solo se **di numero superiore a 5** non è necessaria la compilazione del **Questionario clinico**).

Siamo interessati a ricevere quotazione per n.                   DIPENDENTI ESPATRIATI, pertanto:

- Si allega "**Questionario Clinico**" redatto su modulistica della Compagnia di assicurazioni per ciascuno dei nostri dipendenti, completo dei dati anche dell'eventuale nucleo familiare
- Non si allega il "Questionario Clinico" in quanto l'adesione riguarda il solo **PIANO BASE** per la totalità dei nostri **dipendenti espatriati in numero superiore a 5 unità**

Ai fini dell'identificazione dei soggetti interessati e dei rispettivi nuclei familiari, alleghiamo modulo "**Elenco dipendenti**" completo di tutte le informazioni necessarie.

Luogo e data

Timbro e Firma  
Legale Rappresentante