

QUESTIONARIO PER POSIZIONE ASSICURATIVA

Cognome e nome.....

Data di nascita..... telefono.....

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="radio"/> Lavoro dipendente | SI | NO |
| <input type="radio"/> Dipendente pubblico | SI | NO |
| <input type="radio"/> Artigiano | SI | NO |
| <input type="radio"/> Commerciante | SI | NO |
| <input type="radio"/> Coltivatore diretto | SI | NO |
| <input type="radio"/> Gestione separata (collab.) | SI | NO |

Attualmente lavora in quale gestione?.....

Nell'arco della vita lavorativa ha avuto periodi di:

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="radio"/> Servizio militare / civile | SI | NO |
| <input type="radio"/> Maternità durante lavoro | SI | NO |
| <input type="radio"/> Maternità fuori rapp.lavoro | SI | NO |
| <input type="radio"/> Infortuni | SI | NO |
| <input type="radio"/> Periodi malattia lunghi | SI | NO |
| <input type="radio"/> T.B.C. | SI | NO |
| <input type="radio"/> Riconoscim.invalid.sup.74%
(se si portare verbale) | SI | NO |
| <input type="radio"/> Autorizzato ai versam.volontari | SI | NO |

E' titolare di pensione o assegno di invalidità? SI NO
(portare O bis/M o altro documento)

NOTE

allegare mandato di patrocinio.

Data.....