

(DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA AZIENDALE)

Spett.le
Cassa di Assistenza AreaSalus
Via del Bollo, 2/A
20123 Milano

OGGETTO: Programma MORTE ED INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi dovuti per il periodo

Cordiali Saluti

....., lì

**Programma INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI
ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

N°	Cognome Nome	Data nascita	Qualifica (*)	Capitali Assicurati	
				Morte	Invalidità permanente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

(*) A: Amministratori C: Consulenti D: Dirigenti Q: Quadri I: Impiegati O: Operai

....., lì