

(DA COMPILARE SU CARTA INTESATA AZIENDALE)

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

OGGETTO: Programma INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

- Cat. A) DIRIGENTI caso morte N° volte le retribuzione annua
- Cat. B) QUADRI caso morte N° volte le retribuzione annua
- Cat. C) IMPIEGATI caso morte N° volte le retribuzione annua
- Cat. D) OPERAI caso morte N° volte le retribuzione annua

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione

Categoria	Totale retribuzioni ultimo esercizio	Massima retribuzione
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
OPERAI		

Indicare il totale delle retribuzioni erogate per categorie nell'ultimo esercizio e la massima retribuzione erogata per singola categoria.

....., lì

Programma INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
ELENCO ASSICURATI E CAPITALI FISSI

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

(*) D: Dirigenti Q: Quadri I: Impiegati O: Operai

....., li