

(DA COMPILARE SU CARTA INTESATA AZIENDALE)

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

OGGETTO: Programma **MORTE**
 MORTE ED INVALIDITA' PERMANENTE

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

....., li

Programma VITA
ELENCO ASSICURATI

N°	Cognome Nome	Data nascita	Qualifica (*)	Stato civile	Figli	Capitali Assicurati
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

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

N.B. Per i dipendenti appartenenti alla categoria Dirigenti, da assicurare in base al CCNL, è necessario indicare lo stato civile (Coniugato/Non coniugato)

Per i dipendenti appartenenti alla categoria Quadri, da assicurare in base al contratto di categoria, è necessario indicare lo stato civile (Coniugato/Non coniugato) e la presenza di figli.

....., lì

**Programma VITA/INVALIDITA' PERMANENTE
ELENCO ASSICURATI**

N°	Cognome Nome	Data nascita	Qualifica (*)	Stato civile	Figli	Capitali Assicurati
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

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

N.B. Per i dipendenti appartenenti alla categoria Dirigenti, da assicurare in base al CCNL, è necessario indicare lo stato civile (Coniugato/Non coniugato)

Per i dipendenti appartenenti alla categoria Quadri, da assicurare in base al contratto di categoria, è necessario indicare lo stato civile (Coniugato/Non coniugato) e la presenza di figli.

....., lì