

(DA COMPILARE SU CARTA INTESATA AZIENDALE)

Spett.le
Cassa di Assistenza AreaSalus
Via G. Fara, 39
20124 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