



Spett.le
TUTELA
Cassa di Assistenza
Complementare e Integrativa
Via Melchiorre Gioia, 124
20125 MILANO (MI)

**Oggetto: Richiesta di adesione
Programma INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto dalle ore del

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, e dell'eventuale quota associativa, dovuti per il periodo sotto specificato:

Dalle ore del alle ore del

Distinti saluti.

(Luogo)

(Data)

Timbro del Richiedente e Firma del Legale Rappresentante

Estremi richiedente:

Ragione sociale					
Sede in		Via			
Codice Fiscale/Partita IVA					
Telefono		Fax			
Associazione industriale di appartenenza					
Referente		Telefono		Fax	
E-mail					



MOD A/06

**Programma
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI**

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione.

(BARRARE)	CATEGORIA	GARANZIA	MULTIPLO (DA INTENDERSI "FINO A...")	
<input type="checkbox"/>	DIRIGENTI	INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		volte la retribuzione annua
<input type="checkbox"/>	QUADRI	INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		volte la retribuzione annua
<input type="checkbox"/>	IMPIEGATI	INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		volte la retribuzione annua
<input type="checkbox"/>	OPERAI	INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA		volte la retribuzione annua

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

Categoria	Totale retribuzioni ultimo esercizio	Massima retribuzione
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
OPERAI		

	,	
--	---	--

(Luogo)

(Data)



MOD A/12

Programma
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI

- Tabella I°
 Tabella II°

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Qualifica (*)	Capitale Assicurato
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

,

(Luogo)

(Data)