



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

Oggetto: *Richiesta di adesione*
Programma **VITA**
 VITA E INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE

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	
E-mail		Fax	



MOD A/05

**Programma
VITA
ELENCO ASSICURATI**

- Tabella I°
 Tabella II°

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Qualifica (*)	Stato Civile	Figli	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

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.

,

(Luogo)

(Data)

