



Programma Morte ed
Invalidità Permanente
da Infortunio

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio

RICHIESTA DI ADESIONE

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 assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

ALLE ORE	DEL
----------	-----

LUOGO E DATA

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN	INDIRIZZO
---------	-----------

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.	TELEFONO	FAX
-------------------------------	----------	-----

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA	REFERENTE
--	-----------

TELEFONO	CELL	E-MAIL
----------	------	--------

LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME	CODICE FISCALE
----------------	----------------

INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	CAP
-----------	--------	-------	-----

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO F M
-----------------	------------------	-------	-----	-------------	--------------

COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC	RILASCIATO DA	DATA SCADENZA
---------------	-------------	----------------------------	--------	---------------	---------------

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio

DENUNCIA DI SINISTRO

DATI ASSOCIATO

AZIENDA ASSOCIATA

CATEGORIA

QUADRO

CATEGORIA

IMPIEGATO

CATEGORIA

OPERAIO

CATEGORIA

ALTRO

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

COD. FISCALE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

BANCA

AGENZIA DI

N.

N. IBAN

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

DATA ACCADIMENTO

ORA ACCADIMENTO

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

NOMINATIVO TESTIMONI

PERSONE INTERVENUTE SUCCESSIVAMENTE

PRIME CURE PRESTATE DA

IN DATA

DIAGNOSI RELATIVA ALLE LESIONI PROCURATE DALL'EVENTO

L'ASSICURATO HA SUBITO PRECEDENTI INFORTUNI

SI

NO

IN CASO AFFERMATIVO, SPECIFICARE LESIONE E INVALIDITÀ RICONOSCIUTA

ALLEGATO

CERTIFICATI MEDICI

ALLEGATO

COPIA INTEGRALE CARTELLA CLINICA

ALLEGATO

ALTRO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Professionali

CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA <input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA

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

CATEGORIA DIRIGENTI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA QUADRI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA IMPIEGATI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA OPERAI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO	DATA
-------	------

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Professionali

ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

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

LUOGO	DATA
-------	------

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Extra-Professionali

CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA <input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA MORTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA

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

CATEGORIA DIRIGENTI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA QUADRI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA IMPIEGATI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA OPERAI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO	DATA
-------	------

Programma Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio - Infortuni Extra-Professionali

ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

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

LUOGO	DATA
-------	------