

(DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA AZIENDALE)

Spett.le  
**Cassa di Assistenza BiSALUS**  
Via Gustavo Fara, 39  
20124 Milano

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

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 INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI  
CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI**

- Cat. A) – DIRIGENTI      caso Morte N° .....volte le retribuzione annua  
   caso Invalidità Permanente N°..... volte la retribuzione annua
- Cat. B) – QUADRI          caso Morte N° ..... volte le retribuzione annua  
   caso Invalidità Permanente N°..... volte la retribuzione annua
- Cat. C) – IMPIEGATI      caso Morte N° ..... volte le retribuzione annua  
   caso Invalidità Permanente N°..... volte la retribuzione annua
- Cat. D) – OPERAI         caso Morte N° ..... volte le retribuzione annua  
   caso Invalidità Permanente N°..... volte la retribuzione annua

**Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione (es. Dirigenti – capitali come da CCNL : 5 volte caso morte – 6 volte caso invalidità permanente)**

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 INFORTUNI PROFESSIONALI  
ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

**Tabella I°**

**Tabella II°**

N°	Cognome Nome	Data nascita	Qualifica (*)	Capitali Assicurati	
				Morte	Invalidità permanente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

(\*) A: Amministratori C: Consulenti D: Dirigenti Q: Quadri I: Impiegati O: Operai

....., lì .....

**Programma INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI**  
**ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

**Tabella I°**

**Tabella II°**

N°	Cognome Nome	Data nascita	Qualifica (*)	Capitali Assicurati	
				Morte	Invalidità permanente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

(\*) A: Amministratori C: Consulenti D: Dirigenti Q: Quadri I: Impiegati O: Operai

....., lì .....