

**(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  
ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI**

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 .....