

Spettabile Allianz S.p.a.
Via De Amicis, 44
90100 PALERMO

Con la presente chiedo di aderire alla Polizza Rimborso Spese Mediche dell' Allianz S.p.a. / FAPCREDITO

Al riguardo comunico:

- Cognome Nome

- Data nascita
- Residenza Telefono
- Codice Fiscale
- Data di pensionamento
- Associazione Pensionati di appartenenza

= Di voler aderire alla polizza A () il cui costo è:

premio annuo € 1.286,00 (che comprende oltre al sottoscritto anche il coniuge ed i figli fiscalmente a carico).

ulteriore premio annuo di € 600,00 pro capite per il coniuge ed i figli fiscalmente non a carico ed altri familiari conviventi fiscalmente o non fiscalmente a carico.

= Di voler aderire alla polizza B () il cui costo è:

premio annuo € 983,50 (che comprende oltre al sottoscritto anche il coniuge ed i figli fiscalmente a carico).

ulteriore premio annuo di € 350,00 pro capite per il coniuge ed i figli fiscalmente non a carico ed altri familiari conviventi fiscalmente o non fiscalmente a carico.

al fine di fruire di detta polizza unisco alla presente l'allegato 1 debitamente compilato con i miei dati e quelli dei miei familiari.

Dichiaro espressamente che i dati riportati nell'allegato 1 risultano corrispondenti alla realtà con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza e che i familiari riportati nell'allegato sono compresi per nuclei interi (come da rispettivi stati di famiglia).

Allego fotocopia del bonifico effettuato in data sul conto corrente intestato

CRESCIMANNO E MADONIA ASSICURAZIONI AGENTI ALLIANZ S.P.A

IBAN IT19D0200804648000300382285

UNICREDIT S.P.A. AGENZIA 34 PALERMO

con la seguente causale:

- Adesione polizza rimborso spese mediche Allianz/Fapcredito

Copia della presente lettera e di tutti i suoi allegati viene da me inoltrata via fax o mail ai seguenti indirizzi:

- Allianz S.p.a. fax 091.6252587 mail 19520000@allianzras.it
- FAP Federazione Nazionale Sindacale delle Associazioni dei Pensionati del Credito fax 06.4820307 mail fapcredito@gmail.com

Data

Firma

Allegato 1

Dati del titolare:

Cognome

Nome

Indirizzo

Data di nascita

Codice fiscale

Dati dei familiari:

Cognome Nome

Indirizzo

Data di nascita

Codice fiscale

Rapporto di parentela

Fiscalmente a carico () Non fiscalmente a carico ()

Cognome Nome

Indirizzo

Data di nascita

Codice fiscale

Rapporto di parentela

Fiscalmente a carico () Non fiscalmente a carico ()

Cognome Nome

Indirizzo

Data di nascita

Codice fiscale

Rapporto di parentela

Fiscalmente a carico () Non fiscalmente a carico ()