


DOMANDA DI ADESIONE N°:					
Promotore		 AGENZIASICURAZIONI			
RETE					
DATI DEL SOCIO INVITANTE					
Cognome		Nome		Sesso	Nazionalità
/ /		/ /			
Luogo di Nascita		Prov.	Codice Fiscale		
/ /			/ / /		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
/ /			/ /		
Telefono		Cellulare		Email	
/ /		/ /		/ /	
Documento di riconoscimento		Data di rilascio	Data di scadenza	Ente di Rilascio	Numero doc.
/ /		/ /	/ /	/ /	/ /
DATI DEL SOCIO INVITATO					
Cognome		Nome		Sesso	Nazionalità
/ /		/ /			
Luogo di Nascita		Prov.	Codice Fiscale		
/ /			/ / /		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
/ /			/ /		
Telefono		Cellulare		Email	
/ /		/ /		/ /	
Documento di riconoscimento		Data di rilascio	Data di scadenza	Ente di Rilascio	Numero doc.
/ /		/ /	/ /	/ /	/ /
PRESTAZIONI GARANTITE					
Qualora, a seguito del mancato adempimento da parte del Socio invitante, degli obblighi di cui l'art. 4 comma 3 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 il Socio Invitato nominativamente indicato nel modulo di Adesione dovesse trovarsi in condizione di gravissimo disagio economico o dovesse sostenere delle cure mediche urgenti e non procrastinabili e/o un ricovero ospedaliero di urgenza, conseguenti a infortunio o malattia non preesistente, Salva Società di Mutuo Soccorso liquiderà con le modalità previste dal regolamento sottoscritto i seguenti sussidi:					
SUSSIDI RELATIVI A			VALORE MASSIMO DEL SUSSIDIO		
MEZZI DI SUSSISTENZA			€ 5.422,80		
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO			€ 30.000,00		
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA MALATTIA			€ 30.000,00		
RIMPATRIO DELLA SALMA			€ 5.000,00		
DURATA PIANO					
Data Decorrenza	Data Scadenza	Durata del Piano	Frazionamento	Tacita Proroga	
/ /	/ /	Temporanea	Unico	No	
GARANZIE					
GARANZIE	1 MESE	2 MESI	3 MESI		
Mezzi di Sussistenza	€ 175,00 <input type="checkbox"/>	€ 180,00 <input type="checkbox"/>	€ 185,00 <input type="checkbox"/>		
Spese Sanitarie	€ 70,00 <input type="checkbox"/>	€ 105,00 <input type="checkbox"/>	€ 135,00 <input type="checkbox"/>		
Mezzi + Spese	€ 245,00 <input type="checkbox"/>	€ 285,00 <input type="checkbox"/>	€ 320,00 <input type="checkbox"/>		
COSTO DEL PIANO INDENNITARIO					
Contributo Associativo annuale socio invitante			compreso		
Contributo Associativo annuale socio invitato			compreso		
Contributo Sussidio Integration prescelto			€ _____,00		
TOTALE QUOTA DA VERSARE			€ _____,00		

AgenziAssicurazioni

Centralino unico 02 86882248 - info@AgenziAssicurazioni.it
da Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.30 alle 17.30