

Domanda di adesione a cassa muta MBA in qualità di associato

Manuale di compilazione per le persone giuridiche

Di seguito si riportano le principali indicazioni relative alla corretta compilazione del modulo

1. Sezione DATI DEL RICHIEDENTE – inserire i dati della società socia della Banca Popolare del Frusinate

DATI DEL RICHIEDENTE (i campi contrassegnati con * sono obbligatori)					
*Ragione Sociale			*C.F./P.I.V.A.		
*Cognome (del legale rappresentate)			*Nome (del legale rappresentate)		*Sesso ☐ M ☐ F
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	*C.F.	
*Indirizzo di residenza/Sede Legale			*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.
*Telefono		*Cellulare	*E-mail/Pec a cui saranno inviate tutte le comunicazioni		
Tipo Documento ☐ C.I. ☐ PAT. ☐ PASS.	N. Documento		Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza

2. Sezione COPERTURA SANITARIA – Nome della copertura COOPERANDO 60 (Singolo)

COPERTURA SANITARIA	
COPERTURA PRESCELTA (versamento dei contributi con possibilità di frazionamento)	
Nome copertura: ☐ Singolo ☐ Nucleo €	

3. Sezione DATI ANAGRAFICI DEGLI ISCRITTI DA GARANTIRE – Inserire i dati della persona designata come beneficiario del piano sanitario per conto della società socia della Banca Popolare del Frusinate

Il richiedente chiede di inserire nella copertura prescelta i seguenti Iscritti e Aventi diritto (non compilare se trasmessi mediante tracciato anagrafico):

DATI ANAGRAFICI DEGLI ISCRITTI DA GARANTIRE (per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo ed il regolamento del Sussidio)					
Iscritto 1	Nome	Cognome		Luogo di nascita	Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO

Il documento dovrà essere sottoscritto in ogni sua parte dal legale rappresentante della società richiedente con timbro e firma.