

Spettabile Agenzia Allianz  
via della Libertà, 58  
90143 PALERMO

p.c. Spettabile Associazione ex Dipendenti Banco di Sicilia  
via Cerda, 24  
90139 PALERMO

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a .....  
il ..... residente in ..... via .....  
cap ..... tel. .... c.f. ....  
il quale alla data del ..... risulta appartenente alla categoria del Personale in Quiescenza;  
iscritto/a all'Associazione ex Dipendenti Banco di Sicilia, chiede di aderire alla sotto indicata polizza  
Rimborso Spese Mediche dell'Allianz S.p.A. a decorrere in caso di

- Rinnovo (dalla data del bonifico).....
- Nuova adesione (dalla data del bonifico).....

Ipotesi "A" € 788,00 annui per il personale, coniuge e figli fiscalmente a carico;  
€ 230,00 annui pro-capite per il coniuge ed i figli fiscalmente non a carico.

Ipotesi "B" € 1.185,00 annui per il personale, coniuge e figli fiscalmente a carico;  
€ 445,00 annui pro-capite per il coniuge ed i figli fiscalmente non a carico

al fine di fruire con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome ..... Rapporto parentela .....  
1) .....  
data di nascita ..... fiscalmente a carico  non fiscalmente a carico  \*  
indirizzo completo .....  
codice fiscale .....

Cognome e Nome ..... Rapporto parentela .....  
2) .....  
data di nascita ..... fiscalmente a carico  non fiscalmente a carico  \*  
indirizzo completo .....  
codice fiscale .....

Cognome e Nome ..... Rapporto parentela .....  
3) .....  
data di nascita ..... fiscalmente a carico  non fiscalmente a carico  \*  
indirizzo completo .....  
codice fiscale .....

Cognome e Nome ..... Rapporto parentela .....  
4) .....  
data di nascita ..... fiscalmente a carico  non fiscalmente a carico  \*  
indirizzo completo .....  
codice fiscale .....

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per nuclei interi (come da rispettivi stati di famiglia).

Pertanto allego alla presente copia del bonifico effettuato in data ..... sul conto corrente intestato all'Associazione ex Dipendenti Banco di Sicilia - Allianz Ag. 22 PA cod. IBAN IT 92 I 02008 04624 000300343052 con la seguente causale "Adesione polizza Rimborso Spese Mediche N. 501568238".

Data ..... Firma del Titolare .....

\* indicare con una x la casella interessata.