

**CONVENZIONE INFORTUNI NR. IITPIN1700040 - COMPAGNIA AM TRUST INTERNATIONAL  
NUOVE ADESIONI E RINNOVI CON O SENZA MODIFICHE DEI CAPITALI ASSICURATI  
PERIODO 31/05/2018-31/05/2019**

**Allegato nr. 1 (MODULO DA COMPILARE PER OGNI ASSICURATO)**

**DITTA ASSOCIATA** \_\_\_\_\_ **P.IVA/C.F.** \_\_\_\_\_

**Assicurato**

Nome e Cognome.....

Codice. Fiscale.....

Data di nascita.....

Domicilio.....

(1) Capitale Morte da Infortunio €.....

(2) Capitale Invalidità Permanente da Infortunio €.....

(3) Capitale Invalidità Permanente da Malattia €.....

(4) Beneficiari.....

(5) Contraente.....

(1-2) I capitali vanno espressi in euro e per intero

(3) Il capitale per Invalidità Permanente da malattia non può superare € 1.000.000,00 né essere superiore al capitale di Invalidità Permanente da infortunio.

(4) **IMPORTANTE:** Se i beneficiari non sono designati si intendono gli eredi legittimi testamentari. In caso di designazione riportare NOME, COGNOME, DATA E LUOGO DI NASCITA ed eventuale CODICE FISCALE nello spazio sottostante.

---

Indicare "C" se contraente è l'azienda, indicare "A" se contraente è lo stesso assicurato.

**FORMA DI PAGAMENTO:**

bonifico bancario ad ASSITECA SPA - c/o Monte dei Paschi di  
Siena IBAN: IT78M0103011701000000434937 – BIC/SWIFT:  
PASCITM1VR1

Importo di €.....

Si allega: Copia Ordine di bonifico