

Il sottoscritto si impegna

- a versare al CLUB DELLA SALUTE la quota associativa per l'annualità in corso e per le annualità successive, fino a sua rinuncia e o decadenza
- a versare il contributo associativo annuo e per le prestazioni del FONDO ASSISTENZA E BENESSERE
- a versare gli importi e il contributo della consulenza assicurativa alla Società incaricata EUIB S.r.l.
- a comunicare al Fondo, per il tramite del Socio Aderente, CLUB DELLA SALUTE, le variazioni che dovessero intervenire relativamente ai dati riportati nella presente richiesta sia con riferimento al richiedente che agli eventuali componenti del nucleo familiare.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e o scaricato in data odierna copia:

- della presente richiesta
- dello Statuto del CLUB DELLA SALUTE
- dello Statuto e del Regolamento del Fondo Assistenza e Benessere
- del "Disciplinare delle Prestazioni" e del "Documento Informativo" del Fondo Assistenza e Benessere
- informativa ai sensi dell'art. 13 codice privacy del Club della Salute e del Fondo Assistenza e Benessere

Pagamento relativo al Club della Salute:

Il pagamento dovrà essere effettuato dopo la conferma di adesione

Bonifico bancario:

Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato **EUIB S.r.l.**

IBAN: **IT 24 M 05696 01609 00000 7310X50**

Causale: Cognome Nome – Club della Salute

Importo complessivo in convenzione per l'annualità 2015 di euro 960,00
da versarsi in unica soluzione

Codice Convenzione:

EUROPE UNDERWRITING
Insurance Broker S.r.l.

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese e i loro agenti. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento del piano sanitario.

Luogo, data

firma del Richiedente 

Il sottoscritto dichiara inoltre di accettare le modalità di invio di tutta la documentazione relativa al rapporto associativo mediante posta elettronica all'indirizzo e-mail sopra riportato.

Luogo, data

firma del Richiedente 

NOTA BENE: verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.