

**PIANO SSISTENZA PROFESSIONISTI**  
**MODULO RINNOVO COPERTURA INTEGRATIVA**  
**INFORTUNI MASSIMALE 250.000 o 500.000**

INVIARE SOLO QUALORA L'ACQUISTO NON SIA EFFETTUATO DIRETTAMENTE IN BEPROF  
(WWW.BEPROF.IT O APP BEPROF)

PER LA RICHIESTA DI:

**RINNOVO DELLA COPERTURA INTEGRATIVA INFORTUNI PER PROFESSIONISTI TITOLARI DI COPERTURA  
AUTOMATICA O VOLONTARIA PRINCIPALI BASE O PREMIUM**

**L'INVIO DI QUESTO MODULO ATTIVA LA GENERAZIONE DEI BOLLETTINI MAV PER IL PAGAMENTO DEI  
CONTRIBUTI RELATIVI ALLE COPERTURE RICHIESTE.**

Studio/Società \_\_\_\_\_

ID studio \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

**\*Indicare l'indirizzo e-mail a cui saranno inviati i bollettini MAV**

Indicare di seguito i dati dei Professionisti/soci/associati/collaboratori esterni per i quali si chiede il RINNOVO della copertura integrativa infortuni ed il massimale aggiuntivo richiesto

1. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Qualifica<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Tipo Integrazione:

Massimale aggiuntivo € 250.000,00 - Contributo dovuto € 156,00.

Massimale aggiuntivo € 500.000,00 - Contributo dovuto € 311,00.

2. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Qualifica<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Tipo Integrazione:

Massimale aggiuntivo € 250.000,00 - Contributo dovuto € 156,00.

Massimale aggiuntivo € 500.000,00 - Contributo dovuto € 311,00.

1. Nel Campo Qualifica indicare se trattasi di Socio, Associato o Collaboratore esterno.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000:

- di essere stato autorizzato dai soggetti indicati nella presente richiesta a comunicare i dati dei medesimi così come sopra indicati;
- di aver preso visione del Regolamento della Gestione Professionisti riportato integralmente sul sito internet [www.gestioneprofessionisti.it](http://www.gestioneprofessionisti.it);
- di essere informato che, per l'attivazione delle coperture volontarie richieste, deve essere effettuato il versamento dei contributi aggiuntivi previsti, nei termini e con le modalità indicate nel Regolamento citato;
- di aver preso visione dell'informativa sulla privacy presente nel sito [www.gestioneprofessionisti.it](http://www.gestioneprofessionisti.it);
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comunicati nella presente richiesta per le finalità indicate nell'informativa secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679;
- di essere informato che i dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.lgs. 281/1999).

Data \_\_\_\_\_

Firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_

Inviare il presente modulo a [gestioneprofessionisti@ebipro.it](mailto:gestioneprofessionisti@ebipro.it)