

**PIANO ASSISTENZA PROFESSIONISTI**  
**MODULO RINNOVO COPERTURE VOLONTARIE**

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

PER LA RICHIESTA DI:

- **RINNOVO DELL'INCREMENTO DELLA COPERTURA DA BASE A PREMIUM PER PROFESSIONISTI GIÀ IN COPERTURA AUTOMATICA**
- **RINNOVO DELLA COPERTURA BASE O PREMIUM PER PROFESSIONISTI NON IN COPERTURA AUTOMATICA**

**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 dello studio 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 volontaria

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

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

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

e-mail \_\_\_\_\_ Base  Premium

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

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

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

e-mail \_\_\_\_\_ Base  Premium

3. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

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

e-mail \_\_\_\_\_ Base  Premium

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)