

PIANO ASSISTENZA PROFESSIONISTI
**MODULO RINNOVO COPERTURA INTEGRATIVA
INFORTUNI AVVOCATI**

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

PER LA RICHIESTA DI:

**RINNOVO DELLA COPERTURA INTEGRATIVA INFORTUNI AVVOCATI PER I TITOLARI DI COPERTURA
AUTOMATICA O VOLONTARIA BASE O PREMIUM**

**L'INVIO DI QUESTO MODULO ATTIVA LA GENERAZIONE DEL BOLLETTINO MAV PER IL PAGAMENTO DEI
CONTRIBUTI RELATIVI ALLA COPERTURA RICHIESTA**

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 integrativa
INFORTUNI AVVOCATI

1. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Qualifica¹ _____

e-mail _____

2. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Qualifica¹ _____

e-mail _____

3. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Qualifica¹ _____

e-mail _____

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;
- 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;
- 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