

## MODULO ADESIONE "INTEGRATIVA A" CATASTROFALE

Il sottoscritto Dottore/ssa: \_\_\_\_\_

- Titolare della Farmacia: \_\_\_\_\_
- Indirizzo: \_\_\_\_\_
- Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_
- Partiva Iva: \_\_\_\_\_
- Telefono: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

Desidera aderire alla polizza "Integrativa A" collegata alla polizza Catastrofale Federfarma / Swiss Re. Le adesioni avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo l'inoltro della scheda di adesione. La copertura assicurativa è subordinata al pagamento del premio. Posto che il premio annuo è di € 150, ovvero € 12,50 al mese, il premio da corrispondere all'atto della adesione, sarà pari a € 12,50 per il numero dei mesi intercorrenti fra il mese di decorrenza e il 31.12.2019.

### INDICARE MODALITA' DI PAGAMENTO:

**RID BANCARIO**

**INDICARE CODICE IBAN:** \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione del presente mandato la Farmacia:

- Autorizza Assifarma Insurance Broker a disporre l'addebito bancario sul conto corrente della Farmacia.
- Autorizza la Banca della Farmacia ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati Creditore: Assifarma Insurance Broker, Viale Piceno, 18 20129 Milano Partita Iva: 08786040967

Note: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. La Farmacia ha diritto di chiedere lo storno del presente addebito entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito.

**BONIFICO BANCARIO**

INTESTATARIO: Assifarma s.r.l. – Insurance Broker

UBI >< BANCA

IBAN: IT19F031113332000000002482

CAUSALE: Polizza FARMACIA (INDICARE RAGIONE SOCIALE E PARTITA IVA)

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Restituire il presente modulo compilato e firmato ad Assifarma tramite mail a: [adesione@assifarma.it](mailto:adesione@assifarma.it) - oppure tramite Fax 02 74811226

## MODULO ADESIONE "INTEGRATIVA B" CATASTROFALE

Il sottoscritto Dottore/ssa: \_\_\_\_\_

- Titolare della Farmacia: \_\_\_\_\_
- Indirizzo: \_\_\_\_\_
- Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_
- Partiva Iva: \_\_\_\_\_
- Telefono: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

Desidera aderire alla polizza "Integrativa B" collegata alla polizza Catastrofale Federfarma / Swiss Re. Le adesioni avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo l'inoltro della scheda di adesione. La copertura assicurativa è subordinata al pagamento del premio. Posto che il premio annuo è di 300,00 ovvero € 25,00 al mese, il premio da corrispondere all'atto della adesione, sarà pari a € 25,00 per il numero dei mesi intercorrenti fra il mese di decorrenza e il 31.12.2019.

### INDICARE MODALITA' DI PAGAMENTO:

**RID BANCARIO**

**INDICARE CODICE IBAN:** \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione del presente mandato la Farmacia:

- Autorizza Assifarma Insurance Broker a disporre l'addebito bancario sul conto corrente della Farmacia.
- Autorizza la Banca della Farmacia ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati Creditore: Assifarma Insurance Broker, Viale Piceno, 18 20129 Milano Partita Iva: 08786040967

Note: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. La Farmacia ha diritto di chiedere lo storno del presente addebito entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito.

**BONIFICO BANCARIO**

**INTESTATARIO:** Assifarma s.r.l. – Insurance Broker

UBI >< BANCA

**IBAN:** IT19F0311133320000000002482

**CAUSALE:** Polizza FARMACIA (INDICARE RAGIONE SOCIALE E PARTITA IVA)

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Restituire il presente modulo compilato e firmato ad Assifarma tramite mail a: [adesione@assifarma.it](mailto:adesione@assifarma.it) - oppure tramite Fax 02 74811226**