

F.A.N.I.M.A.R. Fondo Assistenza Nazionale Integrativa MarittimiVia Milano 40/C int. 3 - Sc. Dx 16126 GENOVA
Tel. 010/2518524- www.fanimar.it - e-mail : info@fanimar.it**COPERTURA INFORTUNI****Euro 140,00/annuale/marittimo**

Agli effetti degli Accordi Nazionali del 20/12/2002 e 17/07/2007 e dei rinnovi del C.C.N.L. 05/06/2007 e 01/07/2015 siglati in Roma, Vi comunichiamo i seguenti dati:

Società Armatoriale _____ Agenzia Marittima _____
Referente/Contatto Sig. _____
Via/Piazza _____ C.A.P. _____ CITTA' _____
Nr. telefono _____ Nr. fax _____ e-mail _____

Bonifico a favore del F.A.N.I.M.A.R. presso l'UNICREDIT BANCA SPA

CODICE IBAN: IT11Q0200801458000100215555 - C/C 000100215555 - A.B.I.: 02008 - C.A.B.: 01458 - C.I.N.: Q

Per complessivi €: _____ relativi a totale nr. _____ marittimi comunitari

(nr. _____ personale in comandata solo a bordo di navi)

Di cui:

- nr. _____ in C.R.L. sia in servizio che in riposo a terra; nr. _____ in T.P. e/o T.G., solo in servizio: fra tutti questi nr. _____ Com.ti e/o D.M. di Naviglio Minore;
- facoltativamente Com.ti e/o D.M. di Naviglio Maggiore: in C.R.L. nr. _____ in T.P. nr. _____ e in T.G. nr. _____.

N.B. In caso di copertura Comandanti e/o Direttori è indispensabile, per l'eventuale indennizzo, indicarne il numero come sopra richiesto.

Complessivamente in forza alle seguenti navi (nr. Imo - tipo - nome - tonnellaggio - tabella esercizio - se iscritte Registro Internazionale (R.I.): vedere Circolare Confitarma n. 33 del 19.02.2004):

NR. IMO	TIPO	NOME	TSL	TAB. ESERCIZIO	R.I.

Totale navi assicurate _____ dal _____ al _____ mesi _____

TIMBRO E FIRMA ARMATORE/AGENZIA

SPAZIO RISERVATO AL FANIMARRINNOVO ()
NUOVO ()

Copertura Euro _____

Dal 01/01/2021 Al 31/12/2021

Decorrenza _____ Mesi _____

FIRMA FANIMAR

Home Banking del _____