

F.A.N.I.M.A.R. Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittimi

Via Milano 40/C int. 3 - Sc. Dx 16126 GENOVA
Tel. 010/2518524- www.fanimar.it - e-mail: info@fanimar.it

COPERTURA RITIRO LIBRETTO E TITOLO PROFESSIONALE

Euro 190,00/annuale/marittimo

(Uff.li, Sottuff.li, Comuni nonché se del caso Com.ti e D.M. di naviglio minore)

Agli effetti degli Accordi Nazionali del 20/12/2002 e dei successivi rinnovi del C.C.N.L. siglati in Roma, Vi comuniciamo 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.

Tra tutti questi:

nr. _____ di Stato Maggiore e nr. _____ Com.ti e/o D.M. di naviglio minore (C.R.L. T.P. T.G.)

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

N.B. Vi preghiamo gentilmente di inviarci le schede debitamente compilate prima di procedere ad effettuare il bonifico.

SPAZIO RISERVATO AL FANIMAR

RINNOVO ()

NUOVO ()

Copertura Euro _____

Dal _____ Al _____ Decorrenza _____ Mesi _____ SM _____

FIRMA FANIMAR _____ Home banking _____