

ATTO DI DELEGA

ad effettuare ritenuta sulla retribuzione per il pagamento di premi assicurativi

Il/La sottoscritto/a MAURO FRANCESCO CAGLARDI nato/a a LUCCONE il 31/1/69 c. Fiscale CGUMFR69A31F000 dipendente a tempo indeterminato della Società RTI Sede di lavoro Coccareno M.

DICHIARA

di dover pagare alla ALLIANZ S.p.A. -Agenzia CONNEXT SRL - 10016 i premi relativi alle polizze sotto indicate e successive sostituzioni delle stesse

AUTORIZZA

la Società (di seguito "Società Delegata") ad effettuare sulle proprie competenze mensili, trattenute continuative a favore della ALLIANZ S.p.A. - Agenzia CONNEXT SRL - 10016 per l'importo sotto indicato, a decorrere

dal per la durata delle polizze in questione e comunque fino a comunicazione di revoca della presente autorizzazione da parte del/la sottoscritto/a. In quest'ultimo caso decade il diritto del/la sottoscritto/a alla rateazione del premio di cui al presente atto e i premi a scadere, riferiti all'annualità in corso, verranno corrisposti dal/la sottoscritto/a in un'unica soluzione direttamente all' ALLIANZ S.p.A. - Agenzia CONNEXT SRL 10016

La presente delega vale anche in caso di modifica del premio annuo, che sarà comunicata direttamente dalla Compagnia alla Società Delegata e al delegante.

| Polizza Numero | Prodotto | Premio 1° anno |
|----------------|----------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Il/La sottoscritt/a, nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, dà mandato alla Società Delegata di rivalersi in un'unica soluzione delle rate ancora da corrispondere a completamento dell'annualità assicurativa in corso, mediante trattenuta dell'intero importo dovuto su tutte le sue spettanze (retribuzione, trattamento di fine rapporto).

Il/La sottoscritto/a, prende e dà atto che nel caso di mancato versamento, per qualsiasi motivo, alla Compagnia dalla Società Delegata dei premi assicurativi ad ogni singola scadenza e non oltre i termini stabiliti, il/la sottoscritto/a delegante provvederà direttamente al pagamento e che, in caso contrario, la Compagnia di assicurazione e/o per essa l'Agenzia, potrà rivalersi direttamente nei suoi confronti per quanto eventualmente ancora dovuto, venendo meno, in tal caso, ogni diritto del/la sottoscritto/a alla rateazione di cui al presente atto. Il/La sottoscritto/a riconosce che le polizze hanno efficacia soltanto a condizione che la delega di cui sopra sia stata accettata dalla Società Delegata e che la prima ritenuta di premio sia stata effettuata e versata. Pertanto qualora la morte o l'invalidità dell'assicurato/a si verifichi prima dell'adempimento di dette formalità, la ALLIANZ S.p.A. si impegna a restituire agli aventi diritto soltanto gli importi eventualmente incassati.

Data 13/9/2024

Firma del delegante Maurizio Fogliosi

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, esprime il proprio consenso ai sensi dell'art.11, e da 23 a 26 del citato decreto, affinché i dati personali di cui sopra possano essere comunicati al terzo per gli usi amministrativi.

Data 13/9/2024

Firma Maurizio Fogliosi

DICHIARAZIONE DI BENESTARE DELLA SOCIETA' DELEGATA

Visto quanto sopra la Società Delegata dichiara di avere ricevuto l'originale della presente delega e che pertanto provvederà ad effettuare la ritenuta in modo continuativo nella misura e per la durata convenute. I relativi versamenti saranno effettuati alla ALLIANZ S.p.A. - Agenzia di CONNEXT SRL 10016 con bonifico bancario sul conto corrente 010570062505 intestato a "CONNEXT SRL - Agente ALLIANZ S.p.A." ABI 03589 CAB 01600 Cin X.

In caso di cessazione, per qualsivoglia motivo, delle trattenute, la Società Delegata si impegna a darne comunicazione scritta alla ALLIANZ S.p.A. - Agenzia CONNEXT SRL - 10016 che amministra il contratto entro il termine di giorni 30.

SOCIETA'

Data