

## Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669329 - Assicurazioni Generali Modulo di Adesione

Inviare a Marsh S.p.a. al n° 049/8285474 , eventualmente inviare al seguente indirizzo: Marsh S.p.a. – Via San Crispino, 114 – 35129 Padova

Verranno respinti i moduli diversi dal presente - E' obbligatorio compilare il modulo in ogni sua parte

### Dati personali del Caponucleo (Magistrato)

MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' INFERIORE / UGUALE A 36 ANNI	PREMIO G Euro	840,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO H Euro	1.524,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 45 E 50 ANNI	PREMIO I Euro	1.626,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 51 E 60 ANNI	PREMIO L Euro	1.836,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 61 E 70 ANNI	PREMIO M Euro	2.448,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 71 E 80 ANNI	PREMIO N Euro	2.808,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON NUCLEO E CON ETA' MAGGIORE/UGUALE A 81 ANNI	PREMIO O Euro	3.000,00	<input type="checkbox"/>

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

MAGISTRATO IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO ABITAZIONE \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \* TELEFAX \_\_\_\_\_ \* E-MAIL \_\_\_\_\_ \*

\* Dati obbligatori

Comunica i seguenti dati dei componenti il proprio nucleo familiare così definito dalla Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669329: *coniuge anche legalmente separato o, in alternativa il convivente more uxorio e figli sino a 26 anni conviventi con almeno uno dei genitori ancorché dati in affidamento* e/o *"Figli conviventi con un'età superiore a 27 anni e minore di 37 anni e per i quali viene richiesta l'estensione di garanzia"*

### Nucleo familiare

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale	Premio
	___/___/___	Caponucleo (Magistrato)		Magistarto con tutto il nucleo familiare compresi figli minori di 27 anni  <b>Premio G Euro 840,00</b> <b>Premio H Euro 1.524,00</b> <b>Premio I Euro 1.626,00</b> <b>Premio L Euro 1.836,00</b> <b>Premio M Euro 2.448,00</b> <b>Premio N Euro 2.808,00</b> <b>Premio O Euro 3.000,00</b>
	___/___/___	Coniuge o Convivente <i>more uxorio</i>		
	___/___/___	Figlio/a convivente Minore di 27		
	___/___/___	Figlio/a convivente Minore di 27		
	___/___/___	Figlio/a convivente Minore di 27		
	___/___/___	<b>Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi</b>		<b>Premio HF</b> per i figli conviventi con età tra 27 e 36 anni compresi , (in aggiunta al <b>Premio da G a O</b> ) <b>Euro 200,00 per ogni figlio</b>
	___/___/___	<b>Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi</b>		

*Nel caso in cui le righe non fossero sufficienti siete pregati di usare un modulo in aggiunta.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere in regola con l'iscrizione all'ANM
- Aver letto la seguente documentazione 2018:
  - Polizza n°. 333369329 – Assicurazioni Generali S.p.A.
  - Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.
  - Informativa precontrattuale: Modello 7A-B di Marsh S.p.A. e Fascicolo Informativo costituito da (Nota Informativa, glossario e condizioni contrattuali).
- Pagare tramite:
  - Bonifico bancario (*allegare copia della contabile*) conto beneficiario intestato a Marsh S.p.a. c/o Deutsche Bank - Via San Prospero, 2 20100 Milano– IBAN: IT 29 P 03104 01600 00000825801 Causale: "RSM ANM OPZIONE 2"
  - Trattenuta mensile sullo stipendio (**ESCLUSO PREMIO G**) – tramite compilazione apposito modulo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_