

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330 - 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 (Figlio del Magistrato)

FIGLIO NON CONVIVENTE CON O SENZA NUCLEO CON ETA' INFERIORE/UGUALE A 36 ANNI	PREMIO AF Euro 309,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO NON CONVIVENTE CON O SENZA NUCLEO CON ETA' MAGGIORE/UGUALE A 37 ANNI	PREMIO BF Euro 464,00	<input type="checkbox"/>
NOME _____ COGNOME _____		
CODICE FISCALE _____		
INDIRIZZO ABITAZIONE _____		
COMUNE _____	PROVINCIA _____	CAP _____
TELEFONO _____ / _____	* TELEFAX _____	* E-MAIL _____ *
FIGLIO DI _____ MAGISTRATO ADERENTE ALLA CONVENZIONE IN OGGETTO		

* Dati obbligatori

Nucleo familiare

Comunica i seguenti dati dei componenti il proprio nucleo familiare così definito dalla Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330: *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"*

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale	Premio
_____	____/____/____	Caponucleo (Figlio di Magistrato)	_____	Figlio non convivente senza nucleo familiare Premio AF Euro 309,00 Premio BF Euro 464,00
_____	____/____/____	Coniuge o Convivente <i>more uxorio</i>	_____	
_____	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27	_____	Figlio non convivente con tutto il nucleo familiare compresi figli minori di 27 anni Premio AF Euro 309,00 Premio BF Euro 464,00
_____	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27	_____	
_____	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27	_____	
_____	____/____/____	Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi	_____	Premio BF per i figli conviventi del caponucleo con età tra 27 e 36 anni compresi, (in aggiunta al Premio AF) Euro 93,00 per ogni figlio
_____	____/____/____	Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi	_____	

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

Data _____

Firma _____

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere figlio di magistrato in regola con l'iscrizione all'Associazione Nazionale Magistrati
- Aver letto la seguente documentazione ANM/2018:
 - Polizza no. 333669330 – 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 ad Marsh S.p.a.
c/o Deutsche Bank - Via San Prospero, 2 20100 Milano– IBAN: IT 29 P 03104 01600 000000825801
Causale: "RSM ANM OPZIONE 1 FIGLIO AUTONOMO"

Data _____

Firma _____