

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330 - Assicurazioni Generali

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)

NOME _____ COGNOME _____
 CODICE FISCALE _____
 INDIRIZZO ABITAZIONE _____
 COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TELEFONO _____ / _____ * TELEFAX _____ * E-MAIL _____ *

* Dati obbligatori

Chiede l'estensione di garanzia per:

FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 27 ANNI TRA IL 1.10.2016 E IL 1.10.2017 PREMIO CF Euro 93,00
 FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 37 ANNI TRA IL 1.10.2016 E IL 1.10.2017 PREMIO DF Euro 387,00

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	Figlio/a convivente	

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'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 estensione figlio convivente"

Data _____

Firma _____