

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330/380808322 - Assicurazioni Generali

Inviare a magistrati.italia@marsh.com, 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)

NOME _____ COGNOME _____
 CODICE FISCALE _____
 INDIRIZZO ABITAZIONE _____
 COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TELEFONO _____ / _____ * E-MAIL _____ *
 FIGLIO DI _____ MAGISTRATO ADERENTE ALLA CONVENZIONE IN OGGETTO.
 * Dati obbligatori

GIA' ADERENTE ALL'OPZIONE 1 2 2 SINGLE

ADERISCO ALLA

OPZIONE 1

FIGLIO AUTONOMO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 309,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 37 ANNI	PREMIO	Euro 464,00	<input type="checkbox"/>

OPZIONE 2

FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 1.447,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO	Euro 1.795,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 45 ANNI	PREMIO	Euro 1.990,00	<input type="checkbox"/>

OPZIONE 2 SINGLE

FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 700,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO	Euro 1.085,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 45 ANNI	PREMIO	Euro 1.145,00	<input type="checkbox"/>

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/2021:
 - Polizza n°. 333669330/380808322 - Assicurazioni Generali S.p.A.
 - Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.
 - Informativa precontrattuale: Modello 3-4 di Marsh S.p.A. e Fascicolo Informativo .

Data _____

Firma _____