

ALLA RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO

di .....

**N.B.:**

**Non saranno accettate deleghe senza indicazione della Direzione Provinciale Servizi Vari del Ministero dell'Economia.**

## Delega

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) .....

Nato/a ..... il .....

Magistrato in servizio presso .....

Titolare di partita di spesa fissa, aderente alla polizza collettiva no. 380808322 stipulata tra Associazione Nazionale Magistrati e Assicurazioni Generali S.p.A., relativa ad assicurazione sanitaria del nucleo familiare, d'intesa con A.N.M.

Vi delego ad addebitare sulle mie competenze mensili, a decorrere dal mese di gennaio 2021, e ad accreditare Marsh S.p.A., presso Barclays- Via della Moscova, 18 20121 Milano- IBAN: IT 94 K 03051 01699 000000000133, l'importo corrispondente a un dodicesimo del premio annuo, stabilito in:

- |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Euro 1.164,00<br>1/12: Euro 97,00  | <input type="checkbox"/> Euro 1.674,00<br>1/12: Euro 139,50 | <input type="checkbox"/> Euro 1.830,00<br>1/12: Euro 152,50 | <input type="checkbox"/> Euro 2.076,00<br>1/12: Euro 173,00 |
| <input type="checkbox"/> Euro 2.802,00<br>1/12: Euro 233,50 | <input type="checkbox"/> Euro 3.216,00<br>1/12: Euro 268,00 | <input type="checkbox"/> Euro 3.438,00<br>1/12: Euro 286,50 |                                                             |

ovvero la somma indicata dall'A.N.M. in caso di adeguamento del premio.

L'eventuale revoca della presente delega da esercitarsi alla scadenza biennale del contratto che sarà comunicata con lettera raccomandata con preavviso di 90 giorni all'ente erogatore, avrà effetto dal primo giorno del mese successivo allo scadere dei predetti 90 giorni.

Data .....

Firma .....