

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330 - 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 (Magistrato)

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

* Dati obbligatori

Chiede l'estensione di garanzia per:

FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 27 ANNI TRA IL 1.10.2019 E IL 1.10.2020

PREMIO Euro 93,00

FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 37 ANNI TRA IL 1.10.2019 E IL 1.10.2020

PREMIO Euro 387,00

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale
	____/____/____	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/2021
 - Polizza no. 333669330 - 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 _____