

## 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 (Magistrato)

MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE / UGUALE A 36 ANNI	PREMIO A Euro 258,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 37 E 50 ANNI	PREMIO B Euro 387,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 51 E 60 ANNI	PREMIO C Euro 425,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 61 E 70 ANNI	PREMIO D Euro 464,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 71 E 80 ANNI	PREMIO E Euro 577,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' UGUALE O MAGGIO A 81 ANNI	PREMIO F Euro 721,00	<input type="checkbox"/>

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

MAGISTRATO IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_

CON FUNZIONE DI \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO ABITAZIONE \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \* TELEFAX \_\_\_\_\_ \* E-MAIL \_\_\_\_\_ \*

\* 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 (Magistrato)		Magistrato con o senza nucleo familiare (compresi figli minori di 27 anni)
	/ /	Coniuge o Convivente <i>more uxorio</i>		
	/ /	Figlio/a convivente Minore di 27		<b>Premio A Euro 258,00</b> <b>Premio B Euro 387,00</b> <b>Premio C Euro 425,00</b> <b>Premio D Euro 464,00</b> <b>Premio E Euro 577,00</b> <b>Premio F Euro 721,00</b>
	/ /	Figlio/a convivente Minore di 27		
	/ /	Figlio/a convivente Minore di 27		
	/ /	Figlio/a convivente Minore di 27		
	/ /	<b>Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi</b>		<b>Premio BF per i figli conviventi con età tra 27 e 36 anni compresi, (in aggiunta al Premio A o B) Euro 93,00 per ogni figlio</b>
	/ /	<b>Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi</b>		

*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"

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_