

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669329- 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 SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE / UGUALE A 36 ANNI	PREMIO P	Euro	396,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO Q	Euro	740,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 45 E 50 ANNI	PREMIO R	Euro	785,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 51 E 60 ANNI	PREMIO S	Euro	1.836,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 61 E 70 ANNI	PREMIO T	Euro	2.448,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 71 E 80 ANNI	PREMIO U	Euro	2.808,00	<input type="checkbox"/>
MAGISTRATO SENZA NUCLEO E CON ETA' MAGGIORE/UGUALE A 81 ANNI	PREMIO V	Euro	3.000,00	<input type="checkbox"/>

NOME _____ COGNOME _____

MAGISTRATO IN SERVIZIO PRESSO _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TELEFONO _____ / _____ * TELEFAX _____ * E-MAIL _____ *

* Dati obbligatori

Data _____

Firma _____

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere in regola con l'iscrizione all'ANM
- Aver letto la seguente documentazione 2018:
 - Polizza n°, 333669329 – 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 a 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 2 Single"
 - Trattenuta mensile sullo stipendio (**ESCLUSI PREMI P-Q-R**) - tramite compilazione apposito modulo

Data _____

Firma _____