

## Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 380808343 - Assicurazioni Generali

Inviare al seguente indirizzo: Marsh S.p.A. - Via San Crispino, 114 - 35129 - Padova o anticipando via email [magistrati.italia@marsh.com](mailto:magistrati.italia@marsh.com)  
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:

<b>FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 27 ANNI TRA IL 1.10.2019 E IL 1.10.2020</b>	<b>PREMIO Euro 230,00</b>	<input type="checkbox"/>
<b>FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 37 ANNI TRA IL 1.10.2019 E IL 1.10.2020</b>	<b>PREMIO Euro 1.210,00</b>	<input type="checkbox"/>
<b>FIGLIO CONVIVENTE CHE HA COMPIUTO I 45 ANNI TRA IL 1.10.2019 E IL 1.10.2020</b>	<b>PREMIO Euro 1.447,00</b>	<input type="checkbox"/>

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	Figlio/a convivente	
	____/____/____	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 Magistrati Consiglio di Stato
- Aver letto la seguente documentazione AMCS/2021:
  - Polizza no. 380808343 - Assicurazioni Generali S.p.A.
  - Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.
  - Informativa precontrattuale: Modelli 3 e di4 Marsh S.p.A. e Fascicolo Informativo costituito da (Nota Informativa, glossario e condizioni contrattuali).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_