

## Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 380808343 Assicurazioni Generali Modulo di Adesione

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 (Figlio del Magistrato)

<b>FIGLIO NON CONVIVENTE SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE / UGUALE A 36 ANNI</b>	<b>PREMIO</b>	<b>Euro 700,00</b>	<input type="checkbox"/>
<b>FIGLIO NON CONVIVENTE SENZA NUCLEO E CON ETA' TRA 37 E 44 ANNI</b>	<b>PREMIO</b>	<b>Euro 1.085,00</b>	<input type="checkbox"/>
<b>FIGLIO NON CONVIVENTE SENZA NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE / UGUALE A 45 ANNI</b>	<b>PREMIO</b>	<b>Euro 1.145,00</b>	<input type="checkbox"/>
NOME _____ COGNOME _____			
CODICE FISCALE _____			
INDIRIZZO ABITAZIONE _____			
COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____			
TELEFONO _____ / _____ * E-MAIL _____ *			
FIGLIO DI _____ MAGISTRATO ADERENTE ALLA CONVENZIONE IN OGGETTO			
* Dati obbligatori			

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere figlio di Magistrato 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 4 di Marsh S.p.A. e Fascicolo Informativo costituito da (Nota Informativa, glossario e condizioni contrattuali).
- 

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_