



Istituto:

POLIZZA INFORTUNI N° 77/187928525 – RICHIESTA DI INCLUSIONE ASSICURATI

Da trasmettere a: Marsh Spa – PEC: ancona.pec@cert.marsh.it - agnese.baldieri@marsh.com
CNR - Contributi.personale@cnr.it

Prog. N°	Nominativo	Codice Fiscale	Tipo Categoria (*) vedasi legenda in calce	Data inizio attività (**)	Data fine attività
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /
			<input type="checkbox"/> Cat. A) <input type="checkbox"/> Cat. B) <input type="checkbox"/> Cat. C) <input type="checkbox"/> Cat. D)	/ /	/ /

(**) la copertura assicurativa decorre dalla data di ricevimento
del presente modulo o dalla data indicata se successiva

Data:

(*) Tipo categoria:

- A) Collaboratori Coordinati e Continuativi, Collaboratori Occasionali e Obiettori di Coscienza
- B) Borsisti
- C) Assegnisti
- D) Associati

(FIRMA E TIMBRO)