

Convenzione Rimborso Spese Mediche no. 333669330 - Assicurazioni Generali Modulo di Adesione - Opzione 1 Figli Autonomi

Inviare a 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) Dati Obbligatori

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL.CELLULARE _____ / _____ E-MAIL _____

FIGLIO DI _____ MAGISTRATO ADERENTE ALLA CONVENZIONE IN OGGETTO

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 (Figlio di Magistrato)		Figlio non convivente Con o senza nucleo familiare Under 37 Premio Euro 366,00 Over 37 Premio Euro 547,00
	____/____/____	Coniuge o Convivente more uxorio		
	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27		
	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27		
	____/____/____	Figlio/a convivente Minore di 27		
	____/____/____	Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi		Premio per i figli conviventi del caponucleo con età tra 27 e 36 anni compresi, (in aggiunta al Premio sopra) Euro 110,00 per ogni figlio
	____/____/____	Figlio/a convivente del caponucleo Età tra 27 e 36 anni compresi		

Premio Figlio Autonomo Caponucleo 2025

FIGLIO NON CONVIVENTE CON O SENZA NUCLEO CON ETA' INFERIORE/UGUALE A 36 ANNI

PREMIO Euro 366,00



FIGLIO NON CONVIVENTE CON O SENZA NUCLEO CON ETA' MAGGIORE/UGUALE A 37 ANNI

PREMIO Euro 547,00



Domande di coerenza

Si intende sottoscrivere una polizza a copertura del rischio Invalidità Permanente da Malattia?

SI ☐ NO ☐

Si intende sottoscrivere una polizza a copertura del rischio di Responsabilità Civile del capofamiglia?

SI ☐ NO ☐

Se la risposta alle domanda si cui sopra è SI il prodotto presentato NON E' COERENTE alle necessità e pertanto non attivabile

Dichiarazioni del proponente:

IL PROPONENTE DICHIARA DI:

- Essere figlio di magistrato in regola con l'iscrizione all'Associazione Nazionale Magistrati
- Aver letto la seguente documentazione ANM/2025:
 - Polizza no. 333669330 – Assicurazioni Generali S.p.A. e Fascicolo Informativo.
 - Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.
 - Informativa precontrattuale: Modello 3-4 -4 ter di Marsh S.p.A

Data _____

Firma _____

***NOTA BENE:**

Le modalità di pagamento verranno inviate successive alla ricezione del presente modulo debitamente compilato e sottoscritto.