

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 _____

GIA' ADERENTE ALL'OPZIONE 1 2 2 SINGLE

Scelta Opzione**OPZIONE1**

FIGLIO AUTONOMO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 366,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON O SENZA NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 37 ANNI	PREMIO	Euro 547,00	<input type="checkbox"/>

OPZIONE 2

FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 1.708,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO	Euro 2.119,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO CON NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 45 ANNI	PREMIO	Euro 2.3.49,00	<input type="checkbox"/>

OPZIONE 2 SINGLE

FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA' INFERIORE /UGUALE A 36 ANNI	PREMIO	Euro 826,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA COMPRESA TRA 37 E 44 ANNI	PREMIO	Euro 1.281,00	<input type="checkbox"/>
FIGLIO AUTONOMO SENZA NUCLEO E CON ETA' SUPERIORE/UGUALE A 45 ANNI	PREMIO	Euro 1.348,00	<input type="checkbox"/>

Domande di coerenzaSi 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 Magistrati Consiglio di Stato
- Aver letto la seguente documentazione AMCS/2025:
 - Polizza no. 343668062/380808343 – 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**