

Convenzione Rimborso Spese Mediche
no. 460431773 - 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 Convezione Rimborso Spese Mediche no. 460431773:
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 2026

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 Magistrati Consiglio di Stato

Aver letto la seguente documentazione AMCS/2026:

- Polizza no. 460411773 – Assicurazioni Generali S.p.A.

- Scheda Informativa sul trattamento dei dati personali Marsh S.p.A.

- Informativa precontrattuale: All. MUP 01.2026 Generali

Data_____

Firma_____

*NOTA BENE:

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

Per offrire i propri servizi di intermediazione assicurativa e consulenza dei rischi, Marsh raccoglie e utilizza informazioni personali, come il nome e i dati di contatto, che possono includere anche alcune categorie particolari di Dati Personali (ad es. dati sanitari) e informazioni relative a precedenti reati e condanne penali. Le finalità per cui utilizziamo i Dati Personali comprendono, a titolo esemplificativo, la predisposizione di coperture assicurative, la gestione di richieste di indennizzo e la prevenzione di reati. Maggiori informazioni sull'utilizzo dei Dati Personali sono fornite nell'Informativa sulla privacy di Marsh, disponibile all'indirizzo <https://www.marsh.com/it/it/privacy-policy.html>. È anche possibile richiedere una copia dell'Informativa sulla privacy di Marsh inviando un'e-mail ad affari.legali@marsh.com o scrivendo all'indirizzo Marsh SpA, Viale Bodio 33, 20158 Milano, c.a. Legal Counsel. Si consiglia di leggere attentamente tale informativa.

I fondamenti giuridici su cui basiamo la nostra attività di trattamento dei Dati Personali sono, a seconda del contesto, l'esecuzione di contratti, l'adempimento di obblighi di legge, motivi di interesse pubblico rilevante, interessi legittimi, consenso, esercizio del diritto di promuovere azioni legali e di agire o difendersi in giudizio (in ogni caso, secondo quanto definito nell'Informativa sulla privacy di Marsh). Alle persone interessate è riconosciuto il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei propri Dati personali, oltre a tutti gli altri diritti previsti nell'Informativa sulla privacy di Marsh.

Possiamo trasferire i Dati Personali a terzi, quali assicuratori, riassicuratori, periti, subappaltatori e nostri affiliati, nonché a organismi di regolamentazione che possono richiedere tali Dati Personali per le finalità descritte nell'Informativa sulla privacy di Marsh.

A seconda dei casi, l'utilizzo dei Dati Personali descritto nella presente informativa può comportare il loro trasferimento al di fuori del territorio italiano e dello Spazio economico europeo, nel qual caso saranno previste adeguate misure di sicurezza.

Utilizzo dei Dati Personali per il quale è richiesto il consenso dell'interessato: in determinate circostanze, potremmo avere bisogno di raccogliere e utilizzare categorie particolari di Dati Personali (ad es. dati sanitari) o informazioni relative a reati e condanne penali. Laddove ciò sia richiesto, l'interessato deve fornire il proprio consenso al trattamento dei predetti Dati Personali per consentirci di offrire i servizi richiesti. Tale consenso è espresso mediante l'accettazione del presente documento. La persona interessata ha facoltà di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento, in tal caso potremmo non essere in grado di continuare a fornire i servizi richiesti, ovvero di rispondere alle richieste di informazioni o di indennizzo o di garantire la continuità della copertura assicurativa, nella misura consentita dalla legge applicabile.

Qualora il soggetto fornisca a Marsh Dati Personali relativi ad altre persone, lo stesso si impegna ad informare il terzo dell'utilizzo dei propri Dati Personali e a ottenere il consenso all'utilizzo di qualsiasi categoria particolare di Dati Personali da parte di Marsh, come i dati sanitari e le informazioni relative a reati e condanne penali. Il soggetto che fornisce a Marsh le suddette informazioni conviene che la fornitura dei nostri Servizi è subordinata al rispetto di tale obbligo di notifica al terzo e all'ottenimento dei consensi necessari. Qualsiasi soggetto terzo di cui utilizziamo i Dati Personali può ritirare il proprio consenso in qualunque momento ma, in questo caso, potremmo non essere in grado di continuare a fornire i servizi richiesti al soggetto terzo (ed eventualmente alla persona interessata), ovvero di rispondere alle richieste di informazioni o di indennizzo o di garantire la continuità della copertura assicurativa in questione, nella misura consentita dalla legge applicabile.

Maggiori dettagli sulle nostre modalità di trattamento delle informazioni personali e sui diritti che la persona interessata può esercitare a tale riguardo sono contenuti nella Informativa sulla privacy di Marsh, parte integrante della presente informativa.

Io sottoscritto _____ (nome e cognome
dell'assicurato), letta l'Informativa sovrastante,

☐ autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali appartenenti a categorie particolari

☐ acconsento al trattamento dei miei dati personali per l'invio, da parte di Marsh S.p.A., di comunicazioni commerciali anche mediante telefono e sistemi automatizzati (es. email, sms, fax, posta). Il presente consenso è revocabile in ogni momento, scrivendo una e-mail a affari.legali@marsh.com o con le modalità di opt out indicate in ciascuna comunicazione.

Data ____/____/____

(firma)