



MGM BROKER

## MODULO DI ADESIONE POLIZZA INFORTUNI PER IL NOTAIO

DUAL

### DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome e Cognome:

Codice Fiscale:

Indirizzo:

Città:

Prov :

Cap:

Data di Nascita:

Luogo di nascita:

Cellulare:

Tel. Abitazione:

E-mail:

Intendo tutelarmi contro il rischio di infortuni che abbiano come conseguenza una invalidità permanente o la morte.

SI

NO

**Se SI, barrare la casella corrispondente all'opzione scelta**

Capitali Assicurati	Premio Annuo
<input type="checkbox"/> <b>A</b> Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 420,00
<input type="checkbox"/> <b>B</b> Morte Euro 500.000,00 - Invalidità Permanente Euro 500.000,00	€ 700,00
<input type="checkbox"/> <b>C</b> Morte Euro 750.000,00 - Invalidità Permanente Euro 750.000,00	€ 1.050,00

Indicare eventuali beneficiari diversi rispetto agli eredi legittimi e testamentari

**Nome Cognome – data di nascita – Codice fiscale:**

### TERMINI E CONDIZIONI

Set Informativo Linea Persona Compagnia Dual Italia Spa presente sul sito dei Notai

Assicurati in entrata: età inferiore a 65 Anni

Limite di età: 75 Anni

Franchigia: 3% relative al 10%

L'Assicurato che aderirà alla convenzione dovrà essere esente da sinistri negli ultimi 5 anni ed esente da infermità pregresse, diversamente il rischio verrà sottoposto all'attenzione della Compagnia e si richiede di inserire il dettaglio nella pag. 3 del modulo.

10% di sconto sul premio se più di un Notaio

Dichiaro di aver ricevuto e approvato la documentazione contrattuale relativa alla Polizza Infortuni

**Pagamento:**

**Bonifico bancario da effettuarsi dopo la conferma di emissione del contratto**

Banca Popolare di Sondrio AG. 25 di Roma C/C intestato a Mgm Broker Srl

IBAN : IT87 P 05696 03225 000002968X06

Il presente questionario, debitamente compilato e sottoscritto non costituisce validazione di polizza.

Pertanto il premio preventivato è soggetto a conferma ed accettazione da parte dei sottoscrittori della polizza.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | Firma del Contraente \_\_\_\_\_

<b>POLIZZA INFORTUNI PER IL NUCLEO FAMILIARE</b> SOTTOSCRIVIBILE SOLO SE SI SOTTOSCRIVE LA POLIZZA INFORTUNI (coniuge e/o figli maggiorenni conviventi)		
Intendo tutelare i miei familiari contro il rischio di infortuni che abbiano come conseguenza una invalidità permanente o la morte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Se SI, barrare la/e casella/e corrispondente/i all'opzione / alle opzioni scelta/e</b>		
<b>OPZIONE RISERVATA AL CONIUGE O CONVIVENTE</b>		
Nome e Cognome _____ data di nascita ____/____/_____ Codice Fiscale: _____	Premio Annuo	
<input type="checkbox"/> A Morte Euro 100.000,00 - Invalidità Permanente Euro 100.000,00	€ 140.00	
<input type="checkbox"/> B Morte Euro 200.000,00 - Invalidità Permanente Euro 200.000,00	€ 288.00	
<input type="checkbox"/> c Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 450.00	
<b>OPZIONI RISERVATE AI FIGLI CONVIVENTI</b>		
<b>1° Figlio convivente</b> _____ data di nascita ____/____/_____ Codice Fiscale: _____	Premio Annuo	
<input type="checkbox"/> A Morte Euro 100.000,00 - Invalidità Permanente Euro 100.000,00	€ 140.00	
<input type="checkbox"/> B Morte Euro 200.000,00 - Invalidità Permanente Euro 200.000,00	€ 288.00	
<input type="checkbox"/> c Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 450.00	
<b>2° Figlio convivente</b> _____ data di nascita ____/____/_____ Codice Fiscale: _____	Premio Annuo	
<input type="checkbox"/> A Morte Euro 100.000,00 - Invalidità Permanente Euro 100.000,00	€ 140.00	
<input type="checkbox"/> B Morte Euro 200.000,00 - Invalidità Permanente Euro 200.000,00	€ 288.00	
<input type="checkbox"/> c Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 450.00	
<b>3° Figlio convivente</b> _____ data di nascita ____/____/_____ Codice Fiscale: _____	Premio Annuo	
<input type="checkbox"/> A Morte Euro 100.000,00 - Invalidità Permanente Euro 100.000,00	€ 140.00	
<input type="checkbox"/> B Morte Euro 200.000,00 - Invalidità Permanente Euro 200.000,00	€ 288.00	
<input type="checkbox"/> c Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 450.00	
<b>4° Figlio convivente</b> _____ data di nascita ____/____/_____ Codice Fiscale: _____	Premio Annuo	
<input type="checkbox"/> A Morte Euro 100.000,00 - Invalidità Permanente Euro 100.000,00	€ 140.00	
<input type="checkbox"/> B Morte Euro 200.000,00 - Invalidità Permanente Euro 200.000,00	€ 288.00	
<input type="checkbox"/> c Morte Euro 300.000,00 - Invalidità Permanente Euro 300.000,00	€ 450.00	
<b>TOTALE PREMIO</b> (indicare la somma dei premi relativi alla/e opzione/i scelta/e)	Euro _____	

Dichiaro di aver ricevuto e approvato la documentazione contrattuale relativa alla Polizza Infortuni

**Pagamento:**

**Bonifico bancario da effettuarsi dopo la conferma di emissione del contratto**

Banca Popolare di Sondrio AG. 25 di Roma C/C intestato a Mgm Broker Srl

IBAN : IT87 P 05696 03225 000002968X06

**Il presente questionario, debitamente compilato e sottoscritto non costituisce validazione di polizza.**

**Pertanto il premio preventivato è soggetto a conferma ed accettazione da parte dei sottoscrittori della polizza.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_| Firma del Contraente \_\_\_\_\_



***INFORMAZIONI INTEGRATIVE ALLA PROPOSTA  
FORNITE DAL PROPONENTE IN CASO DI SINISTRO***

Si prega di riportare di seguito l'anno del Sinistro, tipologia di trauma ed eventuale Invaldit  Permanente riconosciuta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Proponente: \_\_\_\_\_