

RICHIESTA DI ADESIONE POLIZZA 4942

1) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento		Data e luogo di emissione
	Tipo	Numero	
Status Lavorativo			
<input type="checkbox"/> Non Lavoratore			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (determinato)			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (indeterminato)			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato 1 (in caso di Prestito cointestato): _____%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per prestiti già assicurati da AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate _____ Euro

In caso di Prestito cointestato, possono essere assicurati quattro cointestatari/garanti. Le garanzie saranno operanti per la percentuale definita dagli Aderenti/Assicurati negli appositi campi. Se si intende assicurare ulteriori intestatari, compilare i seguenti campi:

2) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento		Data e luogo di emissione
	Tipo	Numero	
Status Lavorativo			
<input type="checkbox"/> Non Lavoratore			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (determinato)			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (indeterminato)			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato 2 (in caso di Prestito cointestato): _____%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per prestiti già assicurati da AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate _____ Euro

In qualità di richiedente/i del Prestito n. _____, importo da erogare _____ Euro, per una durata di _____ mesi, presso la GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. – codice CAB filiale _____.

Preso atto che la GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie e AXA France IARD (di seguito congiuntamente "AXA") una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L., o delle sue partecipate o controllate.

<input type="checkbox"/> Opzione 1
Riservata a Tutti gli Assicurati

A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 2	
Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 3	
Riservata ai soli Non Lavoratori	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
E) Assicurazione Ricovero Ospedaliero	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 4	
Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
D) Assicurazione Perdita d'Impiego	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

BENEFICIARI		
Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Aderente/Assicurato, ovvero gli aventi diritto dell'Aderente/Assicurato (eredi legittimi e testamentari), ovvero la persona di seguito designata dall'Aderente/Assicurato:		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
FIRMA DELL'ASSICURATO 1		FIRMA DELL'ASSICURATO 2

CHIEDO/IAMO (in caso di più soggetti futuri Assicurati) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata le relativa quota percentuale, **venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti gli Assicurati.**

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I:**PRESO ATTO**

- che la “Banca” ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l’opzione prescelta, ad AXA France Vie una copertura assicurativa per il caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea e Totale, Ricovero Ospedaliero, e ad AXA France Iard una copertura assicurativa in caso di Perdita d’impiego;
- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 4942 che la Banca ha stipulato con AXA France Vie e AXA France Iard;
- che le suddette garanzie abbinate al Prestito sopra indicato richiesto alla “Banca” sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l’efficacia della copertura assicurativa è condizionata all’erogazione/esistenza di un Prestito, oltre che all’avvenuto pagamento del Premio e decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Prestito o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione del “QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO”, di seguito riportato; ovvero
 - alla sottoscrizione dell’eventuale “QUESTIONARIO ANAMNESTICO” e/o all’accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi l’accettazione della copertura è riservata alla Compagnia ed il pagamento del Premio verrà effettuato qualora la Compagnia abbia comunicato l’accettazione del rischio.

DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di non aver compiuto 65 anni;
- **di aderire**, in qualità di Aderente, alla Polizza Collettiva suindicata, che prevede il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è di Euro _____ = (euro _____)

L’Assicurato dichiara di NON avere in corso con AXA France Vie e/o AXA France Iard altre coperture assicurative per le medesime garanzie coperte dalla presente Polizza Collettiva.

DICHIARO/IAMO

di aver letto e conoscere l’Informativa per il Trattamento dei Dati Personali riportata nel Fascicolo Informativo e, consapevole/i che in mancanza di consenso non è possibile la stipulazione del contratto di assicurazione o la sua successiva prosecuzione, presto/i amo il consenso alla comunicazione ad AXA France Vie e AXA France Iard e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per l’eventuale trasferimento all’estero dei Dati, ivi compresi dati sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

DICHIARO/IAMO CHE

- sono consapevole che l’Adesione alla Polizza è facoltativa;
- sono consapevole della facoltà di ricercare sul mercato prodotti analoghi;
- il prodotto corrisponde alle esigenze dell’Aderente di tutelarsi a fronte degli eventi che potrebbero colpire i soggetti assicurati

DICHIARO/IAMO ALTRESI’

- **di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l’Informativa sulla Privacy e la presente Richiesta di Adesione che definiscono il Contratto. A tal proposito prendo/i amo atto che il testo integrale delle Polizze Collettive sono depositate a mia/nostra disposizione presso la sede della Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;**
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell’art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall’Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell’art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d’interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall’intermediario);
- **di aver ricevuto e sottoscritto il documento atto alla verifica dell’adeguatezza dell’offerta – ai sensi dell’art. 52 del regolamento ISVAP n. 5/2006;**
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data	
---------------------	--

FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/i amo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio – Durata della Copertura – Effetto - Decorrenza delle Coperture Assicurate - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente – Controversie – Prestazioni Assicurate - Esclusioni

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

<i>Costi effettivamente sostenuti sul Premio</i>	<i>Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione</i>
Euro _____	Euro _____

AVVERTENZA

In caso di estinzione anticipata del Prestito, la Compagnia tratterà dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del Premio pari a Euro 50,00.

QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura del Richiedente)		Fare una croce nella casella del SI o del NO
1.	Lei é attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.	Lei é attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Lei é attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.	Lei é stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
	Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.	Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6.	Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.	La differenza tra la Sua altezza in centimetri _____ ed il Suo peso in kilogrammi _____ è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Recapito Telefonico _____

IL RICHIEDENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____/____/____

Data ____/____/____ Firma (per esteso e ben leggibile) _____