

RICHIESTA DI ADESIONE POLIZZA 4943

1) Dati dell'Aderente/Assicurato				
Cognome		Nome		
Indirizzo		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Professione		Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione
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)				

Totale capitali già assicurati da AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate _____ Euro

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.

RICHIEDE DI ADERIRE A:

☐ Opzione 1	
Riservata a Tutti gli Assicurati	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

☐ Opzione 2	
Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

☐ Opzione 3	
Riservata ai soli Dipendenti Privati con contratto a tempo indeterminato	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
D) Assicurazione Perdita d'impiego	
Durata	

<input type="checkbox"/> 5 anni	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	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		

DICHIARO

- 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/iamo 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

DICHIARO ALTRESÌ:

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte di AXA all'adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, da AXA;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali AXA volesse rivolgersi per informazioni;
- di non aver compiuto 70 anni per le durate pari a 5 anni per l'Opzione 1;
- di non aver compiuto 65 anni per le durate pari a 10 anni per l' Opzione 1;
- di non aver compiuto 55 anni per le durate pari a 1 e 5 anni per le Opzioni 2, 3;
- di non aver compiuto 50 anni per le durate pari a 10 anni per le Opzioni 2, 3.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/iamo 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 Assicurative - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente – Controversie – Prestazioni Assicurate – Esclusioni

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 1



Tutela Privacy: AXA, la Contraente e il Broker si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto/
L'Assicurato dichiara inoltre, nella sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy" l'informativa di cui all'art. 13 del D.L. n. 196 del 30/06/2003.

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 _____

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 <input type="text"/> ed il Suo peso in kilogrammi <input type="text"/> 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) _____