



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

| Opzione 1  |      |
|--|------|
| <b>Riservata a Tutti gli Assicurati</b>  |      |
| 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"/> <b>Opzione 2</b>   |      |
|---|------|
| <b>Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato</b>                                   |      |
| A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte<br>B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia<br>C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia |      |
| Importo assicurato  | Euro |
| Premio unico totale   | Euro |
| Premio annuale  | Euro |

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

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

| <b>BENEFICIARI</b>   |      |                         |
|--|------|-------------------------|
| 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 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/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.

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Luogo e Data</b>            |                                |
| <b>FIRMA DELL’ASSICURATO 1</b> | <b>FIRMA DELL’ASSICURATO 2</b> |
|                                |                                |
|                                |                                |

**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

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Luogo e Data</b>            |                                |
| <b>FIRMA DELL’ASSICURATO 1</b> | <b>FIRMA DELL’ASSICURATO 2</b> |
|                                |                                |
|                                |                                |



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie Titolari del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), sopra riportata, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, per le finalità indicate nell'informativa. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

| FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO (interessato al Trattamento) |                         |
|---|-------------------------|
| FIRMA DELL'ASSICURATO 1                                     | FIRMA DELL'ASSICURATO 2 |
|   |                         |
|   |                         |

**COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO**

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

| Costi effettivamente sostenuti sul Premio | Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione |
|---|--|
| Euro _____                                | Euro _____   |

**AVVERTENZA**

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



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

- a) 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;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) 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.

| 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ed il Suo peso in kilogrammi <input type="text"/> <input type="text"/> <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) \_\_\_\_\_