



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.

RICHIESTE DI ADERIRE A:

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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 Vessorie 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

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.



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 _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione (Aderente/Assicurato) possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/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 è 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 è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Lei è 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 è 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"/> ed il Suo peso in kilogrammi <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) _____