



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
<b>Status Lavorativo</b>				
<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 Mutuo cointestato): \_\_\_\_\_%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per mutui 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 Mutuo 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 Tipo	Numero	Data e luogo di emissione
<b>Status Lavorativo</b>				
<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 Mutuo cointestato): \_\_\_\_\_%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per mutui 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 Mutuo n. \_\_\_\_\_, importo da erogare \_\_\_\_\_ Euro, per una durata di \_\_\_\_\_ mesi, presso la e GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. – codice CAB filiale \_\_\_\_\_.
- In qualità di Aderente/i alla Polizza Collettiva 4941 a copertura del Mutuo in corso n. \_\_\_\_\_, importo residuo assicurato \_\_\_\_\_ Euro, per una durata residua 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.



**RICHIEDE DI ADERIRE A:**

<input type="checkbox"/> <b>Opzione 1</b>	
<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

<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 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

<input type="checkbox"/> <b>Opzione 3</b>	
<b>Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato</b>	
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

**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.**

<b>Luogo e Data</b>	
<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 1</b>	<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 2</b>

**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO  
ADERENTE/ASSICURATO N. 1**

**AVVERTENZE**

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 1**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)    Altro



**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 2 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

**INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO n. 1

**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 2**

**AVVERTENZE**

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, *(barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):*

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 1**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

**INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.**

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

**REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO**

La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a: AXA France Vie ed AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8, 20121 Milano.

**PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Periodicità di pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Premio unico anticipato</li> </ul>
Mezzi di Pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonifico bancario o altra modalità</li> </ul>

**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, e ad AXA France Iard una copertura assicurativa in caso di Perdita d'impiego;
- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 4941 che la Banca ha stipulato con AXA France Vie e AXA France Iard;
- che le suddette garanzie abbinate al Mutuo 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 Mutuo, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio e decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Mutuo 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

**AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Collettiva n. 4941, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa**

**DICHIARO/IAMO ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva. n. 4941 e di averne preso piena visione:**

- Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti" e "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto";
- Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
  - Condizioni di Assicurazione (compresive di Glossario);
  - Richiesta di Adesione (fac-simile).

**DICHIARO** di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Con l'apposizione della firma in calce, DICHIARO/IAMO di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4941 "CPI Mutui" e di voler attivare la copertura assicurativa (a seconda dell'Opzione da me/noi scelta), accettando integralmente le condizioni di assicurazione contenute nel Set Informativo.

<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.

<b>FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO (interessato al Trattamento)</b>



**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 Mutuo, la Compagnia tratterà dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del Premio pari a Euro 150,00.

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



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° 4941

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA SULLE MODALITA' DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO ALLA COMPAGNIA**

Il presente Questionario Anamnestico Completo potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- per il tramite del Contraente ovvero
- direttamente dall'Aderente/Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection, Piazzale Biancamano 8, 20121 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico Completo deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente al Modulo di Richiesta di Adesione compilato e sottoscritto dall'Aderente/Assicurato in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.**

**AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO**

**In caso di compilazione del Questionario Anamnestico Completo, si avverte di quanto segue:**

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- prima della sottoscrizione del questionario, l'Aderente/Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese
- la compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

**Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.**

Altezza: ..... cm    Peso: ..... kg    Differenza (Altezza - Peso): .....	In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste	
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120 ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? ..... Per quale motivo? .....
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? ..... Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? ..... Da quando? .....
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? ..... (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? .....
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato <b>positivo</b> per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? ..... Quando? ..... Risultato?    Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni : • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa • Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)?    Quando?    Durata? ..... .....





subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi • Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite • Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari • Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata • Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema • Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia • Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo • Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente • Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura • Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo <b>diverso</b> dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
11 E' stato informato che nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... ..... .....

QUADRO RISERVATO AL RICHIEDENTE	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
Nome: _____  Cognome: _____  _____  Luogo: Data: __/__/____  Letto ed approvato,  _____ (Il Richiedente, firma per esteso e leggibile)	Nome: _____  Cognome: _____  _____  Luogo: Data: __/__/____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO          Letto ed approvato, (Il Medico, firma per esteso e leggibile)