



| 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         |
|  |                  | Data e luogo di emissione |                |
| Status Lavorativo  |                  |                           |                |
| <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) |                  |                           |                |

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

| <input type="checkbox"/> <b>Opzione 2</b>   |      |
|---|------|
| <b>Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato</b> |      |
| 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<br><input type="checkbox"/> 10 anni   |      |
| Capitale assicurato   | Euro |
| Premio unico totale   | Euro |

| <input type="checkbox"/> <b>Opzione 3</b>                                       |      |
|---|------|
| <b>Riservata ai soli Dipendenti Privati con contratto a tempo indeterminato</b> |      |
| 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<br><input type="checkbox"/> 10 anni             |      |
| Capitale assicurato   | Euro |
| Premio unico totale   | Euro |



**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO**

**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)**

**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**

**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 MI.

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

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

**AVVERTENZA – Si informa l’Aderente/Assicurato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Collettiva n. 4943, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.**

**DICHIARO 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. 4943 e di averne preso piena visione:**

- a) 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”*;
- b) 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 di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4943 “Income Protection” 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’ADERENTE/ASSICURATO</b> |
|                                       |
|                                       |

**DICHIARO ALTRESI’:**

- 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 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

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Luogo e Data</b>                   |
| <b>FIRMA DELL’ADERENTE/ASSICURATO</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.

**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"/> <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) \_\_\_\_\_