

Polizza Collettiva n. 4942 "CPI Prestiti" stipulata da GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L (Contraente) con AXA FRANCE VIE/AXA FRANCE IARD
Adesione facoltativa e riservata ai clienti della Contraente sottoscrittori di un contratto di prestito

| 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) | | | | |

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 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) | | | | |

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.

| <input type="checkbox"/> Opzione 1 | |
|--|------|
| Riservata a Tutti gli Assicurati | |
| 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"/> Opzione 2 | |
|---|------|
| Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato | |
| 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 |
| Premio annuale | Euro |

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

| <input type="checkbox"/> Opzione 4 | |
|---|------|
| Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato | |
| 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 |
| Premio annuale | 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.**

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Luogo e Data | |
| FIRMA DELL'ASSICURATO 1 | FIRMA DELL'ASSICURATO 2 |
| | |

**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 | • Premio unico anticipato |
| Mezzi di Pagamento del Premio | • Bonifico bancario o altra modalità |

AVVERTENZA – Si informa l'Assicurato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Collettiva n.4942, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I:

Per facoltativa si intende che l'Adesione alla Polizza Collettiva non è né obbligatoria né richiesta da GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L per ottenere dalla stessa un prestito personale o per ottenerlo a condizioni diverse.

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, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva. n. 4942 e di averne preso piena visione:

- a) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore);

- 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 (comprensive 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. 4942 "CPI Prestiti" e di voler attivare la copertura assicurativa (a seconda dell'Opzione da me/noi scelta), accettando integralmente le condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Luogo e Data | |
| FIRMA DELL'ASSICURATO 1 | FIRMA DELL'ASSICURATO 2 |
| | |
| | |

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 | FIRMA DELL'ASSICURATO 2 |
| | |
| | |

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) |
| |

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 _____ |

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 style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> ed il Suo peso in kilogrammi <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" 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 _____ Nato il ____/____/____

Data ____/____/____ Firma (per esteso e ben leggibile) _____