



Beneficiari (indicare solo una scelta):

- Coniuge
- Figli nati e nascituri in parti uguali
- Eredi testamentari e legittimi
- Eredi testamentari e legittimi
- Altro _____

(Indicare Nome, Cognome e Codice Fiscale)

Capitale Assicurato: 100.000 Sesso: Maschio o femmina Durata: 1 anno		Capitale Assicurato: 150.000 Sesso: Maschio o femmina Durata: 1 anno		Capitale Assicurato: 200.000 Sesso: Maschio o femmina Durata: 1 anno	
Età assicurativa (in anni)	Importi di premio	Età assicurativa (in anni)	Importi di premio	Età assicurativa (in anni)	Importi di premio
18-30	59,50	18-30	76,75	18-30	94,00
31-40	96,40	31-40	132,10	31-40	167,80
41-45	134,10	41-45	188,65	41-45	243,20
46-50	201,80	46-50	290,20	46-50	379,60
51-55	310,20	51-55	452,80	51-55	595,40
56-60	504,10	56-60	743,65	56-60	983,20
61-65	795,20	61-65	1180,30	61-65	1565,40
66-70	1245,20	66-70	1885,30	66-70	2465,40
71-80	3557,20	71-80	5323,30	71-80	7089,40

Altre Assicurazioni personali in corso: SI NO – Compagnia _____

Polizza n. _____ Massimale _____ Scadenza __/__/_____

Il proponente dichiara di aver ricevuto e/o scaricato il Fascicolo Informativo dal sito: www.enpam.it/convenzioni-enpam/mgm-broker. di polizza collettiva n. stipulata tra Axa Assistance ed E.N.P.A.M.

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)

Il presente questionario non costituisce copertura assicurativa.

Il proponente riconosce che le dichiarazioni contenute e da lui rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)



MGM WELFARE

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, possono compromettere il diritto alla prestazione. Priva della sottoscrizione della dichiarazione dello stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'assicurato.

Il sottoscritto assicurato dichiara:

- Di godere attualmente di un buono stato di salute
- Di non essere mai stato ricoverato negli ultimi cinque anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale;
- Di non aver consultato medici specialisti negli ultimi sei mesi al di fuori di semplici controlli di routine;
- Di prescindere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato nonché le altre persone, ospedali case di cura ed istituti in genere ai quali Axa Assicurazioni spa ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' E TESSERA SANITARIA

Luogo e data _____

(Firma dell'Assicurato/Contraente)



MGM Welfare

Via Ferdinando di Savoia 3, 00196 Roma
Tel. 06 3231812 - Fax 06 96708830 - Cel. 349 4706751

C.F.97789950587

info@mgmwelfare.com