



ridefiniamo / gli standard

MODULO DI ADESIONE VALORE DIPENDENTI E VALORE DIRIGENTI		
Proposta n. _____	Contraente: <u>MGM WELFARE</u>	
Agenzia: <u>ROMA VINCENACE</u>	Codice: <u>5931</u>	
TARIFFA		
<input checked="" type="checkbox"/> VALORE DIPENDENTI		
<input checked="" type="checkbox"/> TEMPORANEA CASO MORTE (tar. 2000)		
<input type="checkbox"/> TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (tar. 2002)		
<input type="checkbox"/> VALORE DIRIGENTI		
La Contraente dichiara che:		
<ul style="list-style-type: none">la Convenzione è stipulata a fronte degli obblighi derivanti al Contraente dall'applicazione del CCNL dei dirigenti industriali del 1985 e successive modifiche. Hanno quindi diritto alla presente assicurazione, per il periodo di validità della Convenzione, tutti i Dirigenti attualmente in carica del Contraente, nonché quelli di futura nomina e assunzione.		
Luogo e Data _____	Firma del Contraente: _____	
<input type="checkbox"/> TEMPORANEA CASO MORTE (tar. 2004) <input type="checkbox"/> TEMPORANEA CASO MORTE E INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (tar. 2006)		
COPERTURE PREVISTE DA:		
<input type="checkbox"/> C.C.N.L. DI CATEGORIA (specificare quale) _____		
<input type="checkbox"/> ACCORDO/REGOLAMENTO AZIENDALE		
<input checked="" type="checkbox"/> ALTRO <u>EMPAM</u>		
Nelle prime due opzioni l'adesione è obbligatoria, nella terza opzione specificare se l'adesione è obbligatoria o facoltativa.		
DATI DELL'ASSICURANDO		
COGNOME: _____	NOME: _____	C.F.: _____
DATA DI NASCITA: _____	LUOGO DI NASCITA: _____	SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
INDIRIZZO: _____	COMUNE: _____	CAP: _____
DATI DELLA COPERTURA		
CAPITALE ASSICURATO: Euro _____		
PREMIO: Euro _____		



ridefiniamo / gli standard

RAGGOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO (QUESTIONARIO SANITARIO)									
Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).									
1.	Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
2.	Nello svolgimento della professione o in qualsiasi attività è esposto a particolari pericoli? (ad esempio sale su impalcature, ha contatto con corrente elettrica superiore a 380 Volts, gas, sostanze nocive, esplosivi, svolge attività in miniere, cave, fonderie, attività di pubblica sicurezza; radiologia, aviazione, autotrasporto, ecc.)?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
3.	Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (ad esempio subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc.)?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
4.	Ha sofferto o attualmente soffre di malattie che abbiano provocato la sospensione dell'attività lavorativa e/o le attività non lavorative abituali per una durata superiore a due settimane consecutive negli ultimi 5 anni?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
5.	E' mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi, cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital per una durata superiore a una settimana (esclusi ricoveri per appendicectomia e tonsillectomia)?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
6.	Deve recarsi prossimamente in ospedale, clinica o altro per accertamenti, interventi chirurgici o visite mediche anche in regime di day hospital?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
7.	Ha seguito o segue attualmente terapie mediche di durata maggiore di due settimane (ad esclusione delle terapie fisioterapiche o termali)?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
8.	Ha effettuato il test HIV o test epatite B/C con esito positivo?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
9.	Ha subito in passato traumi o lesioni accidentali? E' percettore di pensioni di invalidità o di assegno di accompagnamento?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
10.	Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, ingrossamento ghiandole linfatiche, malattia della pelle, malattia oncologica, neurologica, osteoarticolare, cardiovascolare, enfisema, asma bronchiale, ipertensione arteriosa o conseguente ad immunodeficienza acquisita, diabete, insufficienza renale?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
11.	Il suo peso è superiore alla cifra indicata in corrispondenza della sua altezza?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
	Altezza (cm)	145-150	151-160	161-170	171-180	181-190			sup. a 190
	Peso (Kg)	65	75	85	95	110			115
12.	Vi sono state variazioni di peso negli ultimi 12 mesi (aumento, diminuzione) superiore al 20% del suo peso originario?						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	

Note in caso di risposte positive al questionario sanitario dettaglio

Luogo e Data _____

Firma dell'Assicurando: _____

Il sottoscritto Assicurando:

- Dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 cod. civ.;
- Dichiara di essere a conoscenza che la presente scheda di adesione deve servire per l'inserimento alla polizza collettiva stipulata fra il Contraente sopra indicato e AXA Assicurazioni S.p.A.;
- Dichiara di aver ricevuto dal Contraente, nelle forme e con le modalità da quest'ultimo individuate, le Condizioni Contrattuali e di accettarle integralmente;
- Prende atto delle seguenti avvertenze relative alla sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute e alla compilazione del questionario sanitario:
 - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
 - Prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario sanitario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate negli stessi;
- Dichiara che le informazioni fornite nella presente scheda di adesione, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere e complete e ne assume ogni responsabilità anche se materialmente scritte da altri;
- Proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed Enti ai quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi dopo l'avvenuto sinistro per avere informazioni.

Data e Luogo: _____

Firma dell'Assicurando: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata nelle Condizioni Contrattuali:

A) Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa

1) Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità assicurative

Nome e Cognome dell'Assicurando _____

data e firma _____