



MODULO DI POLIZZA

VITA & SALUTE
(Convenzione Eurete S.R.L.)

Compagnia	AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)	Numero di Polizza	VI-30103
-----------	--	-------------------	----------

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

Cognome e Nome	TURSI GIANLUCA
Codice fiscale	trsglc85e06l049k
Indirizzo di residenza / Comune / CAP/ Provincia	via mirandola 7 00182 Roma RM
E-mail	gianluca.tursi@confartigianato.it
Numero Telefono	3294688849

COPERTURE ASSICURATIVE ATTIVE, PRESTAZIONI, DURATA, PREMIO ANNUALE

Garanzia di Ramo Vita			
Copertura	Prestazione	Durata	Premio annuale
Decesso	Capitale assicurato € 100.000,00	Annuale con tacito rinnovo (massimo 10 anni)	€ 115,00 (esente da imposta)

Garanzia di Ramo Danni			
Copertura	Prestazione	Durata	Premio annuale
Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale assicurato € 100.000,00	Annuale con tacito rinnovo (massimo 10 anni)	€ 25,00 (incluso 2,5% di imposte)

Garanzia di Ramo Danni			
Copertura	Prestazione	Durata	Premio annuale
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Indennità Mensile Assicurata € 1.000,00	Annuale con tacito rinnovo (massimo 10 anni)	€ 50,00 (incluso 2,5% di imposte)

Totale Premio Annuale (incluse imposte applicabili)	190,00
---	--------

INFORMATIVA SUI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

I mezzi di pagamento del Premio Annuale (prima annualità ed annualità di rinnovo) sono:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità
- ordini di bonifico bancario o postale
- i seguenti mezzi di pagamento elettronici bancari o postali: Bancomat, C. Credito, C. Prepagata

La compagnia non incassa direttamente i premi. Tutti i mezzi di pagamento devono essere intestati all'intermediario Eurete S.R.L., espressamente in tale qualità, autorizzato dalla compagnia all'incasso dei premi.

DECORRENZA E SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE

Decorrenza copertura	Ore 24:00 del 29/10/2024
Scadenza copertura	Ore 24:00 del 29/10/2025
Rinnovi annuali	Il Contraente è tenuto a pagare i Premi Annuali di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità in corso. In caso di mancato pagamento del premio entro 15 giorni dalla scadenza annuale del contratto (<i>c.d. termine di tolleranza</i>) l'assicurazione è sospesa. Il contratto è risolto automaticamente in caso di mancato pagamento del Premio Annuale di Rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale.

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO

Diritto di recesso entro i primi 30 giorni dalla stipula (c.d. diritto di ripensamento)

Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto **entro il termine di 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione** (c.d. diritto di ripensamento). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia, per il tramite dell'i, provvederà a rimborsare al Contraente l'importo di Premio già versato (al netto delle imposte).

Diritto di recesso annuale

Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto annualmente, **entro il termine di 30 giorni dalla scadenza annuale della polizza**. In tal caso, l'assicurazione cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della annualità in corso.

Modalità per l'esercizio del diritto di recesso

Il Contraente / Assicurato è tenuto ad esercitare il diritto di recesso mediante invio di una lettera raccomandata a.r. o comunicazione P.E.C. ad Eurete S.R.L. ai seguenti recapiti: Piazza Bologna 49, 00162 Roma RM / eurete@pec.eurete.it

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

Si avverte il Contraente / Assicurato che:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;
- b) è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione;
- c) anche nei casi non previsti dalla Compagnia, il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Compagnia pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

A . Hai ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	SI	NO
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)		✓
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale		✓
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi		✓
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		✓
5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale		✓
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia		✓
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative		✓
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni		✓
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema		✓
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica		✓
11. Diabete		✓
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia		✓
13. Le seguenti Malattie o malformazioni congenite/ereditarie: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi		✓

B. Sei a conoscenza di essere affetto da una delle malattie di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?	☒
C. Sei titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento ?	☒
Data _____ Firma del Contraente / Assicurato _____	

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E MODALITA' DI TRASMISSIONE
Io sottoscritto Contraente / Assicurato: DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, la seguente documentazione pre-contrattuale: a) Set Informativo del prodotto assicurativo "Vita & Salute" comprensivo di: • Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi) • Condizioni di Assicurazione (compresive di Glossario) b) 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). PRESTO CONSENSO all'invio a mezzo e-mail della documentazione precontrattuale del contratto sopra indicata, nonché all'utilizzo della stessa e-mail per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto da parte dell'intermediario e della compagnia, consapevole che potrò in ogni momento revocare il consenso la mia scelta, ricevendo le comunicazioni in formato cartaceo SI NO Data _____ Firma del Contraente / Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ANCHE RELATIVI ALLA SALUTE)
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), 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, nonché alla loro comunicazione, per successivo trattamento, da parte dei soggetti indicati nella informativa predetta. <u>Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale assicurativo.</u> Data _____ Firma del Contraente / Assicurato _____

FIRMA DELLA POLIZZA	
La compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE S.A. <i>(Rappresentanza Generale per l'Italia)</i> 	Il Contraente / Assicurato – Firma della polizza e accettazione delle Condizioni di Assicurazione Data _____ Firma _____

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N. Iscr. Reg. Imprese milano 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it - sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. 1.00149.