

**Modulo di adesione alla Convenzione K10000421 stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente  
SAB Monza - FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani).**

**CONTRAENTE**

Denominazione Sociale <b>SAB Monza – FABI, Via Vittorio Emanuele, 36 – 20900 Monza</b>			N° Polizza Collettiva <b>K10000421</b>	
<b>Vedi tabella €</b>	<b>01/ /</b>	<b>€</b>	<b>31/12/20</b>	<b>€</b>
Rata mensile rendita in caso LTC	Data di decorrenza	Importo premio rateo alla firma	Data di scadenza	Importo premio annuo

**ANAGRAFICA ISCRITTO FABI / DIPENDENTE FABI**

Cognome	Nome	N° tessera FABI
---------	------	-----------------

**ASSICURANDO**

Cognome	Nome	Codice fiscale	Professione
QUALIFICA: Coniuge/Convivente more uxorio/Figlio maggiorenne convivente			
Indirizzo di residenza Via/Piazza	N°	Data di nascita	Luogo di nascita
			Provincia di nascita
			Età
Comune/Città	CAP	Provincia	Nazione
			Stato civile
			Sesso <b>M F</b>
e-mail	Tel. Ufficio:		Cell:

**TIPO DOCUMENTO DA ALLEGARE**

Tipo documento	N°	Luogo rilascio
Data rilascio		Data scadenza

**Sul premio versato gravano dei costi a copertura delle spese commerciali ed amministrative. In particolare la Società trattiene sul premio corrisposto un costo fisso di € 10,00 e un caricamento percentuale del 30% al netto di tale costo fisso. La quota parte percepita dagli intermediari risulta essere pari al 100% del costo fisso e al 40% del caricamento percentuale.**

Il premio è pagato anticipatamente e la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del primo giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e avrà scadenza il 31 Dicembre successivo con tacito rinnovo annuo salvo disdetta delle Parti, come normato nella Convenzione. L'assicurando deve essere iscritto/dipendente FABI o coniuge/convivente more uxorio o figlio maggiorenne di un iscritto /dipendente FABI, come risultanti dallo stato di Famiglia.

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

L'Assicurando con la sottoscrizione della presente proposta dichiara di acconsentire esplicitamente, ai sensi dell'art 1919 del Codice Civile, alla conclusione dell'assicurazione sulla propria persona.

**AVVERTENZA:** è di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dell'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione. A questo proposito si raccomanda la massima precisione nella compilazione del sottostante questionario sanitario. **In caso anche di una sola risposta affermativa dovrà essere obbligatoriamente compilata la parte sottostante alla domanda, il cui contenuto verrà vagliato dalla Compagnia al fine di verificare la possibilità o meno di prestare la copertura richiesta.**

L' Assicurando \_\_\_\_\_ 

L'Assicurando, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente e la Vittoria assicurazioni, S.p.A. Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa resa ai fini del decreto legislativo 196/2003 e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'informativa e dalla normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_ 

L' Assicurando \_\_\_\_\_ 

**Avvertenza (ai sensi dell' art. 166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni).** Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 – Prestazioni; Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art. 13 – Beneficiari.

## QUESTIONARIO LTC

L'assicurato inoltre dichiara di:

- 1) Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Cardiovascolari** seguenti: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie  SI  NO

**Se risposta SI:** 1.1) Quali? \_\_\_\_\_  
1.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 2) Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Neurologiche** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia.  SI  NO

**Se risposta SI:** 2.1) Quali? \_\_\_\_\_  
2.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 3) Soffrire o di aver sofferto di una delle: **Malattie croniche** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa.  SI  NO

**Se risposta SI:** 3.1) Quali? \_\_\_\_\_  
3.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 4) Soffrire o di aver sofferto di: **Tumore maligno o cancro:**  SI  NO

**Se risposta SI:** 4.1) Quali? \_\_\_\_\_  
4.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 5) Beneficiare di **esenzione totale dal ticket sanitario** in ragione di patologie croniche e/o rare oppure di aver fatto richiesta per ottenerla.  SI  NO

**Se risposta SI:** 5.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario? \_\_\_\_\_  
5.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario \_\_\_\_\_

- 6) Avere avuto riconosciuta una **pensione di invalidità superiore od uguale al 10%** oppure di averne già fatto richiesta.  SI  NO

**Se risposta SI:** 6.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario? \_\_\_\_\_  
6.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario \_\_\_\_\_

- 7) Essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia, o varicectomia.  SI  NO

**Se risposta SI:** 7.1) Quali? \_\_\_\_\_  
7.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 8) essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri), per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa.  SI  NO

**Se risposta SI:** 8.1) Quali? \_\_\_\_\_  
8.2) Quando? \_\_\_\_\_

- 9) doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico, o ad essere ricoverato in ospedale  SI  NO

**Se risposta SI:** 9.1) Quali? \_\_\_\_\_  
9.2) Quando? \_\_\_\_\_

L' Assicurando \_\_\_\_\_

L'Assicurando, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente e la Vittoria assicurazioni, S.p.A. Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa resa ai fini del decreto legislativo 196/2003 e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'informativa e dalla normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

L' Assicurando \_\_\_\_\_

**Avvertenza (ai sensi dell' art. 166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni).** Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 – Prestazioni; Art. 8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art. 13 – Beneficiari.