



MODULO DI ADESIONE

(da compilarsi da parte dell'Assicurato)

Oggetto: **Assicurazione Temporanea di Gruppo per il caso di Morte**

CONTRAENTE – DATI ANAGRAFICI		
RAGIONE SOCIALE: PRIME LIFE S.R.L.	PARTITA IVA: 02580150411	
ASSICURATO – DATI ANAGRAFICI		
COGNOME:	NOME:	
CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:	
COMUNE DI NASCITA:	PROVINCIA DI NASCITA:	
INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA, NUMERO CIVICO		
CAP:	LOCALITA':	PROVINCIA:
RECAPITO TELEFONICO:	MAIL:	

BENEFICIARI (vedi art. 9 della Convenzione) in caso di morte dell'aderente (in caso di designazione specifica indicare NOME, COGNOME, CODICE FISCALE e allegare la CARTA DI IDENTITA')

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO	
TARIFFA: T8C2017	CAPITALE ASSICURATO: € 50.000,00
PREMIO: €	DECORRENZA:

Il sottoscritto Assicurato:

Dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del c.c..

Dichiara di essere a conoscenza che la presente scheda di adesione deve servire per l'ammissione all'assicurazione collettiva stipulata fra il Contraente e Apulia previdenza s.p.a..

Dichiara di aver ricevuto dal Contraente il Set Informativo dell'Assicurazione di Gruppo (Tariffa T8C2017) e di accettarlo integralmente.

Dichiara di voler aderire all'emittenda polizza collettiva.

Prende atto delle seguenti avvertenze relative alla compilazione del modulo/dichiarazione stato di salute (allegato n. 2):

- 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.

Dichiara che le informazioni fornite nella presente scheda di adesione e nel modulo/dichiarazione stato di salute, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere e complete e ne assume ogni responsabilità anche se materialmente scritte da altri.

Dichiara di aver ricevuto l'informativa per il consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'art. 9, co.2, lett. A) del Regolamento 679/2016.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) dell'Assicurato _____



DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

(da compilarsi da parte dell'Assicurato)

Oggetto: **Assicurazione Temporanea di Gruppo per il caso di Morte**

La/Il sottoscritt/a/o

nata/o a il

codice fiscale

assunta/o con effetto dal

DICHIARA

- di non aver sofferto di malattie da cui siano residuati postumi permanenti;
- di non avere malattie in atto, escluse le banali malattie stagionali;
- di non aver fatto e di non fare uso di sostanze stupefacenti;
- di non essere stato ricoverato negli ultimi 5 anni in ospedali o case di cura salvo che in conseguenza di lesioni traumatiche agli arti, per parto, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, amoroidectomia, chirurgia estetica, alluce valgo, safenectomia, splenectomia post-traumatica, menistectomia, colecistectomia per calcolosi, interventi per ascessi acuti, varicocele, fimosi, ernia inguinale e inguinoscrotale;
- di non essere stato sottoposto a terapie regolari e continuative.

In fede.

(firma)

Luogo,

Data