

Mandato di Adesione alla Convenzione stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente (Cassa Assistenza Vittoria) in nome e per conto della FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani Via Tevere, 46 - 00198 Roma)

CONTRAENTE

Denominazione Sociale			
Cassa Assistenza Vittoria - Via Ignazio Gardella, 2 - 20149 Milano			
€		€	
Rata mensile rendita in caso LTC	Data di decorrenza	Importo premio	

ASSICURATO

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Professione	
Iscritto FABI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Coniuge/ Convivente more uxorio/ Figlio maggiorenne convivente					
Cognome e Nome dell'Iscritto _____							
Indirizzo				Data di nascita		Stato civile	
Città		C.A.P.		Provincia		Sesso	
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Il premio è pagato anticipatamente e la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza. La decorrenza è fissata al primo giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del Mandato di Adesione.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato 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.

L'Assicurato inoltre dichiara:

- 1) di soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate :
- **Cardiovascolare:** ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie. SI NO
 - **Neurologiche:** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopia. SI NO
 - **Malattie croniche:** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa. SI NO
 - **Tumore maligno o cancro** SI NO
- 2) di beneficiare di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare, oppure di aver fatto richiesta per ottenerla. SI NO
- 3) che gli è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10%, oppure di averne già fatto richiesta SI NO
- 4) di 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
- 5) di essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiologia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa SI NO
- 6) di doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o ad essere ricoverato in ospedale SI NO

L'Assicurato _____

L'Assicurato, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente e 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'Assicurato _____

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.