



Programmi
Vita

Programmi Vita

RICHIESTA DI ADESIONE

Assicurazione Caso Morte

Assicurazione Caso Morte ed Invalidità Permanente

LTC

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

DALLE ORE

DEL

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'Allegato 2.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE

DEL

ALLE ORE

DEL

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN

INDIRIZZO

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.

TELEFONO

FAX

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA

REFERENTE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

CAP

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV.

ETÀ

PROFESSIONE

SESSO

F M

COD. SOTTOGR.

COD. GRUPPO

DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO

N. DOC

RILASCIATO DA

DATA DI NASCITA

Programmi Vita

DOCUMENTAZIONE SANITARIA Assicurazione Caso Morte e Invalidità Permanente

Per ciascun Assicurato il capitale viene comunicato dalla Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo oppure all'atto della modifica del capitale da assicurare. I capitali assicurati sono stabiliti in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Nel caso di capitali assicurati:

- fino a 300.000,00 euro: non viene richiesto dalla Società alcun accertamento sanitario, ma unicamente la compilazione di un questionario medico semplificato relativo allo stato di salute dell'Assicurato;
- da 300.000,01 a 500.000,00 euro: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, e test HIV);

- da 500.000,01 a 1.000.000,00 euro: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: (RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e test HIV);
- oltre 1.000.000,01: l'Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e da sforzo HCV, HBsAg, test HIV e PSA (se l'età dell'Assicurato è maggiore di 45 anni).

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico della Contraente.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - LTC

L'Assicurato deve dichiarare:

- 1) di non soffrire o di non aver sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate:
 - Cardiovascolare: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie.
 - Neurologiche: morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia
 - Malattie croniche: diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa
 - Tumore maligno o cancro
- 2) di non beneficiare di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare, oppure di non aver mai fatto richiesta per ottenerla.

- 3) che non gli è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10%, oppure di non averne già fatto richiesta
- 4) di non 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.
- 5) di non 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.
- 6) di non doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o a ricovero ospedaliero.

Programmi Vita
ELENCO ASSICURATI VITA

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	SESSO F M	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

Qualora vi fosse un numero maggiore di Assicurati, allegare un file con le medesime informazioni della tabella, relativamente agli Assicurati aggiuntivi.

LUOGO	DATA
-------	------

Programmi Vita

DENUNCIA DI SINISTRO

In sede di prima denuncia di sinistro, al presente modulo vanno allegati i documenti elencati nell'apposito articolo delle condizioni di assicurazione (art. 10 per Assicurazione Caso Morte; art. 11 per Assicurazione Caso Morte ed Invalidità

Permanente, ed art.9 per LTC), da parte dell'Assicurato, oppure dai Beneficiari, a seconda della casistica. La Società potrà richiedere ulteriore eventuale documentazione, in base alla natura ed alle modalità del sinistro.

DATI ASSICURATO

NOMINATIVO ASSICURATO		DATA DEL SINISTRO	
DESCRIZIONE SINISTRO	<input type="checkbox"/> DECESSO	<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA
NOMINATIVO CONTRAENTE		N. POLIZZA	

DATI BENEFICIARI SOLO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

1 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO
2 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata a mezzo bonifico diretto utilizzando le seguenti coordinate:

BANCA	
C/C INTESTATO A	C.F.
IBAN	

Il sottoscritto prende atto che l'indicazione delle coordinate bancarie sopra riportate va intesa anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1182, 3° comma, c.c. Il pagamento dell'importo derivante dalla liquidazione della polizza indicata, utilizzando le

suddette coordinate bancarie, avrà pertanto valore di offerta non formale ai sensi dell'art. 1220 c.c. Con il suddetto pagamento Vittoria Assicurazioni sarà completamente liberata da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza indicata.

DATA	BENEFICIARIO 1 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA	BENEFICIARIO 2 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA
------	--	--

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE