



## **COPERTURA ASSICURATIVA CASO MORTE**

**ABBINATA A PRESTITI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DEL QUINTO O  
DELEGA DELLO STIPENDIO O DELLA PENSIONE**

**Il presente Fascicolo Informativo contenente:**

- a) Nota Informativa
- b) Condizioni di Assicurazione
- c) Glossario
- d) Scheda di Adesione

**deve essere consegnato al Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione della  
Convenzione/Scheda di adesione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa**

## NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

**Il Contraente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

AXERIA PREVOYANCE S.A.

Società di diritto francese appartenente al Gruppo APRIL

Sede legale in Lione (Francia), Boulevard Vivier Merle 83/85.

Iscritta nel Registro delle Imprese di Lione (Francia) n. 350261129RCS

Impresa assicurativa iscritta presso l'Autorità di Vigilanza francese denominata "ACP - *Autorité de Contrôle Prudentiel*" con il numero n. 1034 05 02.

AXERIA PREVOYANCE S.A. opera in Italia in regime di stabilimento con uffici in Via Vittor Pisani n.19 20124 Milano (MI) - Tel: 02 671413002 – E-mail: [infoitalia@axeria.fr](mailto:infoitalia@axeria.fr)

Sito internet: [www.axeria.fr](http://www.axeria.fr)

Impresa assicurativa iscritta in Italia presso l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) nell'Elenco I delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento, con il numero I.00056 AXERIA PREVOYANCE S.A. è sottoposta in Francia al controllo dell' ACP - *Autorité de Contrôle Prudentiel*.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa.

I dati che seguono si riferiscono all'ultimo bilancio approvato (bilancio dell'esercizio chiuso al 31/12/2009).

**Patrimonio netto:** Euro 67.123.952

di cui: - Euro 31.000.000 (capitale sociale);

- Euro 36.000.000 (riserve patrimoniali).

**Indice di solvibilità riferito alla gestione vita:** 152%

(l'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)

## **B. - INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**

### **3. - Prestazioni assicurative**

Le prestazioni assicurative di seguito indicate sono operanti per tutta la durata dell'Assicurazione, ovvero per l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza. Le prestazioni assicurative sono predisposte per durate fino a 10 anni.

#### **Per i pensionati INPS/INPDAP:**

- L'età minima di entrata del singolo Aderente/Assicurato è di 18 anni compiuti, l'età massima 89 anni: pertanto l'età a scadenza dell'Aderente/Assicurato non deve superare i 90 anni non compiuti. All'età a scadenza è ammessa una flessibilità in aumento di 90 giorni.

#### **Per i lavoratori:**

- L'età minima di entrata del singolo Aderente/Assicurato è di 18 anni compiuti, l'età massima 65 anni: pertanto l'età a scadenza dell'Aderente/Assicurato non deve superare i 75 anni non compiuti. All'età a scadenza è ammessa una flessibilità in aumento di 90 giorni.

Si invita l'Assicurato a consultare gli articoli 5.2.2 (per i pensionati) e 5.3.2 (per i lavoratori) delle Condizioni di Assicurazione che regolano i massimali del Capitale Assicurato.

#### ***Il contratto di Assicurazione prevede la seguente prestazione in caso di decesso dell'aderente/assicurato.***

L'Assicurazione qui descritta prevede come Aderenti/Assicurati le persone fisiche che abbiano richiesto ed ottenuto un prestito con una Banca/Finanziaria convenzionata.

La garanzia consiste nell'impegno della Società a pagare, in caso di morte dell'Aderente/Assicurato prima della scadenza contrattuale, ai Beneficiari designati, il capitale assicurato inteso come la somma delle rate residue di rimborso del prestito, di competenza del periodo successivo al decesso, attualizzate al TAN del finanziamento, al netto pertanto degli interessi come risultano dal piano di ammortamento definito alla stipula del prestito.

L'importo del capitale assicurato viene di conseguenza scelto dall'Aderente/Assicurato compatibilmente con l'importo del prestito concesso dalla Banca/Finanziaria convenzionata.

La prestazione è garantita dal versamento di un premio unico, dovuto in via anticipata alla data di decorrenza dell'assicurazione.

In caso di sopravvivenza dell'Aderente/Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà estinto ed il premio corrisposto definitivamente acquisito dalla Società.

Il premio, le cui modalità di corresponsione sono indicate al punto 4 della presente sezione B, è utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dalle singole adesioni al contratto collettivo (rischio di mortalità).

Ai sensi dell'*articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione* è escluso dalla garanzia soltanto il decesso dell'Aderente/Assicurato causato da:

- atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- tutti i rischi nucleari;
- dolo dell'Aderente/Assicurato;
- dolo del Contraente o del Beneficiario;



- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.

**Si richiama l'attenzione del contraente/assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla compilazione del questionario sanitario.**

#### **4. - Premi**

A fronte della garanzia del pagamento delle prestazioni, così come indicato al precedente punto 3, il Contraente in nome e per conto del singolo Aderente/Assicurato dovrà corrispondere alla Società un premio in un'unica soluzione (premio unico) in via anticipata alla data di decorrenza dell'assicurazione.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese e sottoscritte dall'Aderente/Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive legittime contestazioni della Società, che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.

Il premio pagato dal Contraente è determinato in relazione:

- al livello di garanzia prestata;
- alla durata contrattuale;
- all'età dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione della Scheda di Adesione.

#### Modalità di pagamento dei premi

Il premio è dovuto alla Società in unica soluzione dal Contraente in nome e per conto del singolo Aderente/Assicurato.

La Società non si fa carico di quelle spese amministrative gravanti direttamente sul Contraente relative alle forme di pagamento.

Il Premio può essere versato tramite bonifico con accredito sull'apposito conto corrente, con assegno bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità.

**E' fatto divieto all'intermediario incarico di ricevere denaro contante a titolo di pagamento.**

**Un'illustrazione dettagliata dei costi a carico dell'Assicurato - indicanti le spese di acquisizione e gestione del Contratto, nonché la quota parte riconosciuta all'Intermediario importi a titolo di acquisizione è riportata al paragrafo successivo "Costi" della presente Nota Informativa attraverso apposite tabelle esemplificative.**

#### **AVVERTENZA:**

In caso di estinzione anticipata del finanziamento l'Assicuratore restituisce all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. In alternativa l'Assicuratore, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato. Si invita l'Assicurato a consultare *l'art. 7.2 delle Condizioni di Assicurazioni* che regola le predette situazioni.

## **C. - INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE E SUI COSTI**

### **5. - Regime Fiscale**

#### Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta.

#### Detrazione fiscale dei premi

Le Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Aderente/Assicurato.

In particolare, ai sensi del D.Lgs 47/2000, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare) a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta del 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di 245,32 euro, ottenuto applicando l'aliquota del 19% all'importo massimo di 1.291,14 euro.

In virtù della riduzione di imposta della quale l'Aderente/Assicurato viene a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato.

#### Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato.

#### Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme corrisposte in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono pignorabili e sequestrabili (art. 1923 C.C.).

#### Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. In particolare ciò significa che le somme percepite a seguito del decesso dell'Aderente/Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 C.C.).

### **5.1 Costi gravanti sul Premio**

5.1.1 Il costo complessivo caricato dalla Compagnia, a titolo di spesa di acquisizione e gestione del contratto di assicurazione, già incluso nei tassi di premio, varia da un minimo del 9% ad un massimo del 34% del Premio stesso in funzione dell'età dell'assicurato alla sottoscrizione della copertura, della durata del finanziamento, dell'età dell'assicurato al termine del rimborso del finanziamento, e del sesso. Il suddetto costo complessivo include:

- la quota parte percepita dall'Intermediario che cura il collocamento dell'Assicurazione: la quota parte varia da un minimo del 5% ad un massimo del 30% del premio stesso in funzione dell'età dell'assicurato alla sottoscrizione della copertura, della durata del finanziamento, dell'età dell'assicurato al termine del rimborso del finanziamento, e del sesso.
- la quota parte percepita dall'Intermediario incaricato della gestione dei sinistri: la quota parte è del 4% del premio stesso.

Tenuto conto del fatto che il costo complessivo caricato dalla Compagnia varia in funzione di diversi parametri (età dell'assicurato, alla sottoscrizione della copertura, durata del finanziamento, età dell'assicurato al termine del rimborso del finanziamento, sesso) si invita l'Assicurato/Aderente a consultare la relativa informativa contenuta nel Modulo di Adesione. La predetta informativa indica la quota parte percepita dall'Intermediario con specifico riferimento all'adesione considerata.

Di seguito è riportata una tabella esemplificativa del costo relativo ad una copertura sottoscritta da un assicurato (Pensionato Convenzionato) di sesso maschile, di anni 72 alla sottoscrizione del contratto, per un finanziamento di euro 10.000,00, con applicazione della tariffa APV003, ed una durata di rimborso pari a 120 mesi.

Premio unico	Costo complessivo di acquisizione e gestione	Quota parte retrocessa all'Intermediario incaricato del collocamento l'Assicurazione	Quota parte retrocessa all'Intermediario incaricato della liquidazione dei sinistri
Euro 2.551,00	Euro 229,59	Euro 127,55	Euro 102,04

**5.1.2** Per i soli Lavoratori e Pensionati non Convenzionati viene aggiunto al Premio un diritto fisso pari a € 60,00 (sessanta/00). Tale importo è quindi da aggiungere al costo complessivo descritto al paragrafo 5.1.1 che precede

Di seguito è riportata una tabella esemplificativa del costo relativo ad una copertura sottoscritta da un assicurato (Lavoratore o Pensionato non Convenzionato) di sesso maschile, di anni 72 alla sottoscrizione del contratto, per un finanziamento di euro 10.000,00, con applicazione della tariffa APV004, ed una durata di rimborso pari a 120 mesi.

Premio unico	Costo complessivo di acquisizione e gestione	Quota parte retrocessa all'Intermediario che colloca l'Assicurazione	Quota parte retrocessa all'Intermediario incaricato della liquidazione dei sinistri	Diritto fisso
Euro 2.031,40	Euro 182,82	Euro 101,57	Euro 81,25	Euro 60,00

## D. - ALTRE INFORMAZIONI SULLE ADESIONI

### 6. - Modalità di perfezionamento della posizione assicurativa

L'adesione si considera perfezionata e conclusa nel momento in cui il Contraente riceve il certificato di assicurazione quale attestazione dell'avvenuta accettazione della Scheda di Adesione e a condizione che venga pagato il premio pattuito.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui per l'Assicurato insorga una posizione debitoria nei confronti del Beneficiario, a seguito dell'erogazione di un prestito da questi erogato ed è attestato dalla sottoscrizione della Scheda di Adesione, a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto.

La durata dell'assicurazione è pari alla durata del contratto di prestito e la data di scadenza coincide con la data di pagamento contrattualmente prevista come ultima rata di restituzione del prestito.

## **7. - Risoluzione dell'assicurazione**

L'assicurazione si estingue al verificarsi dei seguenti eventi:

- a. in caso di esercizio del diritto di recesso;
- b. in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- c. alla scadenza dell'assicurazione;
- d. in caso di estinzione anticipata e finanziamento nell'ipotesi prevista dall'articolo 7.2.1 delle Condizioni di Assicurazione

## **8. - Diritto di recesso dal contratto**

Ai sensi del D.Lgs 7 dicembre 2005 n. 209 l'Aderente/Assicurato può recedere entro 30 giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa.

L'Aderente/Assicurato dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata indirizzata alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto, al seguente recapito:

**AXERIA PREVOYANCE S.A.**  
**Via Vittor Pisani, 19**  
**20124 – Milano**  
**Tel. +39/02/67141302 – Fax +39/02/76020988**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio.

## **9. - Documenti da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

9.1 I pagamenti dovuti dalla Società ai Beneficiari possono essere effettuati solo in seguito al ricevimento da parte della stessa della documentazione prevista all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione e dopo il ricevimento del modulo di denuncia di sinistro di cui all'**Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione** debitamente compilato, datato e firmato.

La Società esegue tutti i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Società e decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori, calcolati al tasso legale, a favore degli aventi diritto.

9.2 Per ogni diritto di credito derivante dal contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 2952 comma 2 C.C., il diritto sia del Contraente che dei Beneficiari si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Il decorso del termine di due anni, se non adeguatamente sospeso o interrotto, determina l'estinzione dei diritti derivanti dal contratto di Assicurazione. Si precisa, altresì, che gli importi dovuti dall'Assicuratore in base al contratto di assicurazione di cui alla presente Nota informativa - e non reclamati dagli aventi diritto entro il suddetto termine di due anni - sono devoluti per legge al Fondo istituito dalla L. 23/12/2005 n. 266.

## **10. - Legge applicabile al contratto**

Al contratto di assicurazione si applica la Legge italiana.

## **11. - Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto di assicurazione viene redatto in lingua italiana.



## **12. - Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati mediante lettera raccomandata AR a:

**AXERIA PREVOYANCE S.A.**  
**Ufficio Reclami**  
**Via Vittor Pisani 19**  
**20124 Milano**  
**Tel: 02 67 14 13 02**  
**Fax: 02 67 14 13 029**  
**E-mail: axeria.fr**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Assicuratore nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, telefono +39/06/421331, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Si rammenta che ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del Regolamento 24 del 19 maggio 2008, l'ISVAP è competente sui:

- a) reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209 e delle relative norme di attuazione nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I , Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n.206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b) reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.
- c) reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'art.7 del Regolamento n. 24 del 19 maggio 08. Sul punto si precisa che per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Si precisa che per quanto riguarda l'Assicuratore AXERIA PREVOYANCE SA il sistema competente è il seguente:

**Le Médiateur FFSA**  
**Fédération Française des Sociétés d'Assurances**  
**Mr FRIZON Francis**  
**BP 290**  
**75425 Paris Cedex 09 - FRANCE**

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

## **13. - Informativa in corso di contratto**

AXERIA PREVOYANCE S.A. è tenuta a trasmettere entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

AXERIA PREVOYANCE S.A. comunicherà per iscritto al contraente/assicurato, in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

#### **14. - Conflitto di interessi.**

Il presente prodotto assicurativo non presenta situazioni di Conflitto di Interessi. In ogni caso, l'Assicuratore, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato.

AXERIA PREVOYANCE S.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

**AXERIA PREVOYANCE SA**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**Il Legale Rappresentante**  
**Dott. Pierre-Yves ANTIER**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "P. Antier", is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.



## **Copertura assicurativa Caso Morte**

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio o della pensione

### **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

#### **Art. 1 - Obblighi della Società**

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Scheda di Adesione, dal Certificato di Assicurazione in formato elettronico relativamente a ciascun Assicurato secondo i termini e le condizioni stabiliti dalla Polizza e dai relativi allegati (ivi comprese le Condizioni di Assicurazione), sottoscritta tra la Società medesima ed il Contraente.

#### **Art. 2 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Aderente/Assicurato (Incontestabilità)**

2.1 Le dichiarazioni del Contraente e dell'Aderente/Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

- quando esiste dolo o colpa grave (art. 1892 C.C.), ha diritto di impugnare il contratto di Assicurazione e di rifiutare, in caso di Sinistro, il pagamento dell'Indennizzo;
- quando non esiste dolo o colpa grave (art. 1893 C.C.), ha diritto di recedere dal contratto di Assicurazione o di ridurre, in caso di Sinistro, l'ammontare dell'Indennizzo in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

2.2 Le disposizioni di cui agli artt. 1892 e 1893 C.C. si applicano a favore della Società quando, in caso di assicurazioni in nome e per conto di terzi, questi sono a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio.

2.3 Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'Assicurazione, la Società può agire, come previsto all'articolo 2.1 che precede, esclusivamente quando esiste dolo o colpa grave.

#### **Art. 3 - Entrata in vigore e durata dell'Assicurazione**

3.1 Fatto salvo quanto disposto all'articolo 3.3 che segue, l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui il Prestito viene effettivamente erogato all'Aderente/Assicurato, a condizione che:

- a) sia stata regolarmente compilata e sottoscritta la Scheda di Adesione (ivi compreso il questionario medico semplificato incluso nella Scheda di Adesione);
- b) sia stata consegnata la specifica documentazione medica nei casi previsti dagli articoli 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 che seguono;
- c) sia stato interamente corrisposto il Premio contrattualmente previsto;
- d) la relativa richiesta di copertura sia pervenuta alla Società non oltre i 30 giorni dalla data di effettiva erogazione del Prestito.

3.2 Il Contraente riceve dall'Aderente/Assicurato l'incarico di adesione per conto di quest'ultimo alla Polizza. Prima di confermare l'accettazione della copertura, il Contraente deve verificare che l'Aderente/Assicurato abbia compilato validamente e sottoscritto la Scheda di Adesione e che lo stesso abbia barrato tutte le risposte negative alle 7 domande del questionario medico semplificato.

3.3 Nel caso in cui vi sia anche una sola eccezione/difformità rispetto a quanto sopra e/o qualora l'Aderente/Assicurato non abbia barrato tutte le risposte negative alle 7 domande del questionario medico semplificato, il Contraente dovrà necessariamente chiedere la previa consegna del rapporto di visita medica debitamente compilato e sottoscritto dal medico di famiglia dell'Aderente/Assicurato e dovrà trasmettere tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore.

L'Assicuratore si impegna a comunicare al Contraente la propria decisione. Qualora la copertura sia accettata dall'Assicuratore, l'Assicurazione decorre dalla data ultima tra le seguenti:

1) la data di conferma scritta di accettazione della copertura da parte dell'Assicuratore;  
2) la data di erogazione all'Aderente/Assicurato della totalità del Prestito. In mancanza di risposta dell'Assicuratore nel suddetto termine, la richiesta di adesione dovrà essere considerata rifiutata dall'Assicuratore.

3.4 La durata dell'Assicurazione è pari alla durata del Prestito. La data di scadenza dell'Assicurazione coincide con la data di pagamento contrattualmente prevista come ultima rata di restituzione del Prestito ovvero, in caso di erogazione del Prestito in data successiva a quella inizialmente indicata nella Scheda di Adesione, coincide con la data di effettiva estinzione del debito e con il limite massimo di 90 giorni.

#### **Art. 4 - Rischio di Morte**

Il rischio di Morte è coperto qualsiasi possa esserne la causa, senza limiti territoriali. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- tutti i rischi nucleari;
- dolo dell'Aderente/Assicurato;
- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.

#### **Art. 5 - Limiti assuntivi - Modalità assuntive**

5.1 L'Assicurato, all'atto della sottoscrizione del Prestito, deve compilare la Scheda di Adesione e il questionario medico semplificato incluso nella Scheda di Adesione, forniti in formato elettronico dall'Assicuratore al Contraente.

##### **5.2 Per i pensionati:**

###### **5.2.1 Età:**

L'Assicurato deve avere all'atto della sottoscrizione della Scheda di Adesione un'età compresa tra 18 e 89 anni. L'età massima a scadenza del Prestito non può superare il limite massimo di 90 anni compiuti. All'età di scadenza è ammessa una flessibilità in aumento di 90 giorni.

###### **5.2.2 Capitale Assicurato:**

a) per le richieste di Capitale Assicurato fino ad Euro 55.000,00 (cinquantacinquemila//00) è richiesta solamente la compilazione e sottoscrizione della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato) a condizione che l'Assicurando abbia barrato tutte le risposte negative alle 7 domande del questionario medico semplificato;

b) le richieste di Capitale Assicurato superiori ad Euro 55.001,00 (cinquantacinquemilauno//00) e fino ad un massimo di Euro 80.000,00 (ottantamila//00) dovranno essere previamente autorizzate per iscritto da AXERIA PREVOYANCE S.A. dietro presentazione:

- della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato) debitamente compilata e firmata;
- del rapporto di visita medica (*si veda schema di cui all'Allegato 2 della presente Convenzione*), completo in tutte le sue parti e sottoscritto dall'Assicurando e da un medico fiduciario, dove per fiduciario si intende un medico che esercita Medicina Generale, abilitato alla professione. In mancanza di un fiduciario, l'Assicurando potrà rivolgersi ad un medico di provata professionalità, al quale si rivolge abitualmente.

c) le richieste di Capitale Assicurato superiori ad Euro 80.001,00 (ottantamilauno//00) e fino ad un massimo di Euro 150.000,00 (centocinquantamila//00) dovranno essere previamente autorizzate per iscritto da AXERIA PREVOYANCE S.A. dietro presentazione:

- della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato) debitamente compilata e firmata;
- del rapporto di visita medica (*si veda schema di cui all'Allegato 2 della presente Convenzione*), completo in tutte le sue parti e sottoscritto dall'Assicurando e da un medico fiduciario, dove per fiduciario si intende un medico che esercita Medicina Generale, abilitato alla professione (in mancanza di un fiduciario, l'Assicurando potrà rivolgersi ad un medico di provata professionalità, al quale si rivolge abitualmente);
- della seguente documentazione sanitaria:
  - esame completo delle urine;
  - glicemia;
  - colesterolo totale e HDL;
  - trigliceridi;
  - HbsAg;
  - test HIV.

### 5.3 Per i lavoratori (pubblici o privati):

#### 5.3.1 Età:

L'Assicurato deve avere all'atto della sottoscrizione della Scheda di Adesione un'età compresa tra 18 e 65 anni. L'età massima a scadenza del Prestito non può superare il limite massimo di 75 anni compiuti. All'età di scadenza è ammessa una flessibilità in aumento di 90 giorni.

#### 5.3.2 Capitale Assicurato:

a) per le richieste di Capitale Assicurato fino ad Euro 70.000,00 (settantamila//00) è richiesta solamente la compilazione e sottoscrizione della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato) a condizione che l'Assicurando abbia barrato tutte le risposte negative alle 7 domande del questionario medico semplificato;

b) le richieste di Capitale Assicurato superiori ad Euro 70.001,00 (settantamilauno//00) e fino ad un massimo di Euro 100.000,00 (centomila//00) dovranno essere previamente autorizzate per iscritto da AXERIA PREVOYANCE S.A. dietro presentazione:

- della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato) debitamente compilata e firmata;
- del rapporto di visita medica (*si veda schema di cui all'Allegato 2 della presente Convenzione*), completo in tutte le sue parti e sottoscritto dall'Assicurando e da un medico fiduciario, dove per fiduciario si intende un medico che esercita Medicina Generale, abilitato alla professione. In mancanza di un fiduciario, l'Assicurando potrà rivolgersi ad un medico di provata professionalità, al quale si rivolge abitualmente.

5.4 Con riferimento a tutti le categorie di Assicurati (pensionati, lavoratori pubblici o privati) ed a prescindere dall'ammontare del Capitale Assicurato, nel caso di cessione/delega di quote di pensione di invalidità, è sempre richiesta la previa autorizzazione scritta di AXERIA PREVOYANCE S.A. dietro presentazione della seguente specifica documentazione sanitaria:

- a) in caso di pensione di invalidità dovuta ad una patologia fisica o mentale di **natura non degenerativa** (es. cecità, sordomutismo, menomazioni fisiche, ecc.) e Capitale Assicurato inferiore o pari a **€ 13.000,00** (tredicimila//00), è richiesta la presentazione della Scheda di Adesione (comprensiva del questionario medico semplificato), della Commissione di Prima Istanza e/o Autocertificazione dell'Assicurato/Cedente sulla patologia a seguito della quale percepisce pensione di invalidità;
- b) in caso di pensione di invalidità dovuta ad una patologia fisica o mentale di **natura non degenerativa** (es. cecità, sordomutismo, menomazioni fisiche, ecc.) e Capitale Assicurato superiore a **€ 13.000,00** (tredicimila//00) e inferiore a **€ 55.000,00** (cinquantacinquemila//00), è richiesta anche la compilazione del rapporto di visita medica (*si veda schema di cui all'Allegato 2 della presente Convenzione*);
- c) in tutti i casi di pensione di invalidità dovuta ad una patologia fisica o mentale di **natura degenerativa** (es. cardiopatie scompensate, cardiopatie ischemiche, gravi cardiopatie, malattie infettive diffuse, forme tumorali maligne, trapianti, sclerosi multipla, ecc.), è

sempre necessaria la preventiva autorizzazione da parte di AXERIA PREVOYANCE S.A. dietro la compilazione del rapporto di visita medica (*si veda schema di cui all'Allegato 2 della presente Convenzione*).

5.5 Per tutti gli Assicurati (Pensionati o Lavoratori) che a scadenza del Prestito avranno un'età superiore a 70 anni è richiesta la previa compilazione e sottoscrizione del rapporto di visita medica da parte del medico di famiglia dell'Aderente/Assicurato a prescindere dall'ammontare del capitale richiesto.

5.6 La durata minima del prestito non può essere inferiore ad un anno (12 mesi) e quella massima non essere superiore a dieci anni (120 mesi). E' prevista una flessibilità della durata in aumento di 90 giorni.

## Art. 6 - Prestazioni garantite

6.1 In caso di Morte dell'Aderente/Assicurato nel corso del periodo di copertura la Società provvede ad effettuare il pagamento del debito residuo a seguito della richiesta scritta del Contraente nei tempi e con le modalità previste dall'*art. 9 delle presenti Condizioni di Assicurazione*.

6.2 In caso di sopravvivenza dell'Aderente/Assicurato alla data di scadenza dell'Assicurazione, questa si intenderà estinta ed il Premio pagato resterà acquisito alla Società.

## Art. 7 - Pagamento del Premio – Restituzione del Premio

### 7.1 Pagamento del Premio

Le prestazioni previste dall'Assicurazione sono garantite a condizione che il Contraente abbia in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati regolarmente corrisposto il Premio unico. Il Premio unico è dovuto dal Contraente alla Società in un'unica soluzione al momento del perfezionamento del contratto ed in via anticipata alla data di decorrenza dello stesso.

### 7.2 Restituzione del Premio

7.2.1 Fatto salvo quanto disposto all'articolo 7.2.2 che segue, in caso di estinzione anticipata del Prestito (non dovuta a decesso dell'Aderente/Assicurato), l'Assicuratore restituisce all'Aderente/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. La restituzione avviene secondo le seguenti condizioni:

- la parte di Premio da restituire è calcolata per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;
- l'Assicuratore procederà al rimborso unicamente sulla base di una richiesta scritta inoltrata a mezzo lettera raccomandata a.r., a titolo di giustificativo, proveniente dall'Assicurato, per il tramite del Contraente;
- il montante del rimborso si ottiene applicando al Premio la percentuale indicata nella tabella di seguito riportata.

Anno assicurativo nel corso del quale avviene l'estinzione del mutuo/ricevimento della richiesta	Durata iniziale del Prestito (in mesi)								
	120	108	96	84	72	60	48	36	24

1	81%	79%	77%	74%	70%	64%	56%	45%	26%
2	64%	60%	56%	51%	45%	36%	25%	12%	0%
3	50%	45%	40%	33%	25%	16%	7%	0%	
4	36%	31%	25%	19%	11%	4%	0%		
5	25%	20%	14%	8%	3%	0%			
6	16%	11%	6%	2%	0%				
7	9%	5%	2%	0%					
8	4%	1%	0%						
9	1%	0%							
10	0%								

- l'Assicuratore tratterà dall'importo dovuto un ammontare pari al 15% (quindici per cento) a titolo di spese amministrative (emissione del contratto di Assicurazione e rimborso del Premio) con un minimo di Euro 100,00 (cento//00) ed un massimo di Euro 300,00 (trecento//00).

7.2.2 In alternativa a quanto previsto all'articolo 7.2.1 che precede, l'Assicuratore, su richiesta scritta dell'Aderente/Assicurato, fornisce la copertura assicurativa prevista dalla Polizza fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato. La richiesta dell'Aderente/Assicurato deve essere inoltrata all'Assicuratore mediante lettera raccomandata a.r..

#### **Art. 8 - Cessione dei diritti**

L'Aderente/Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente Assicurazione.

#### **Art. 9 - Pagamenti della Società e prescrizione**

9.1 Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Aderente/Assicurato devono essere preventivamente inviati alla Società, mediante lettera raccomandata a.r. i seguenti documenti:

- il Certificato di Assicurazione ed eventuali appendici;
- il numero della pratica di Prestito corrispondente all'Assicurato deceduto;
- la dichiarazione del Contraente attestante l'ammontare esatto del Debito Residuo;
- il certificato di morte in originale.

9.2 La Società esegue il pagamento dell'Indennizzo a favore del Beneficiario:

- entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di cui all'art. 9.1 qualora la predetta documentazione sia stata ricevuta dalla Società entro 180 (centottanta) giorni dalla data del decesso;
- entro 90 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di cui all'articolo 9.1 qualora la predetta documentazione sia stata ricevuta dalla Società oltre 180 (centottanta) giorni dalla data del decesso.

Decorsi tali termini sono dovuti gli interessi moratori a favore del Beneficiario.

9.3 Il pagamento dell'Indennizzo avviene mediante bonifico sul conto corrente bancario del Beneficiario.

9.4 Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **Art. 10 - Tasse ed imposte**

Le imposte e le tasse - qualora presenti - relative all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile all'Assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

#### **Art. 11 - Diritto di recesso dal contratto di Assicurazione**

11.1 Ai sensi del D.Lgs 7 dicembre 2005 n. 209, l'Aderente/Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui l'Assicurazione è conclusa. L'Aderente/Assicurato dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata a.r. indirizzata alla Società, contenente gli elementi identificativi del contratto di Assicurazione, al seguente recapito:

**AXERIA PREVOYANCE S.A.**  
**Via Vittor Pisani, 19**  
**20124 – Milano**  
**Tel. +39/02/67141302 – Fax +39/02/76020988**

11.2 Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto di Assicurazione a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione di recesso.

11.3 Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente (previa consegna del certificato di Assicurazione) il Premio già versato.

#### **Art. 12 - Comunicazioni:**

##### **12.1 Comunicazioni al Contraente:**

Qualsiasi comunicazione al Contraente dovrà essere inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r. al seguente recapito:

[REDACTED]

##### **12.2 Comunicazioni all'Assicurato:**

Qualsiasi comunicazione all'Assicurato dovrà essere inviata all'indirizzo indicato nella Scheda di Adesione.

##### **12.3 Comunicazioni alla Società:**

Qualsiasi comunicazione dall'Assicurato alla Società (ad eccezione della comunicazione di recesso di cui all'articolo 11.1 che precede) dovrà essere inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r al seguente recapito:

**AXERIA PREVOYANCE S.A.**  
**Via Vittor Pisani, 19**  
**20124 – Milano**

#### **Art. 13 – Legge applicabile e foro competente**

13.1 L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

13.2 Per le controversie relative al contratto rapporto assicurativo tra la Società e l'Aderente/Assicurato, è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato.



## Copertura assicurativa Caso Morte

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio o della pensione

### GLOSSARIO

**Aderente/Assicurato:** la persona fisica alla quale il Contraente (in conto proprio o quale mandataria) ha concesso un Prestito e che ha sottoscritto la Scheda di Adesione e sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione regolato dalla Polizza Collettiva con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere l'Indennizzo in caso di Sinistro.

**Assicuratore o Società:** l'Impresa assicuratrice con la quale viene stipulato il contratto di Assicurazione, ovvero AXERIA PREVOYANCE S.A..

**Beneficiario:** il soggetto designato nella Scheda di Adesione a cui l'Assicuratore deve corrispondere l'Indennizzo in caso di Sinistro.

**Capitale Assicurato:** l'importo indicato nella Scheda di Adesione che rappresenta la somma massima dovuta dall'Assicuratore al Beneficiario in esecuzione dell'Assicurazione.

**Certificato di Assicurazione:** il documento attestante l'avvenuta accettazione della Scheda di Adesione.

**Contraente:** la Banca/Finanziaria che stipula la Polizza Collettiva, eroga il Prestito e paga il Premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

**Debito Residuo:** il debito in linea capitale pari alla somma delle rate residue, di competenza del periodo successivo alla data del decesso dell'Assicurato, al netto degli interessi come risultano dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito.

**Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto dalla Nota Informativa, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Glossario e dalla Scheda di Adesione.

**Indennizzo o Prestazione:** la somma pari al Debito Residuo e comunque non superiore al Capitale Assicurato dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

**ISVAP:** l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

**Morte:** il decesso dell'Assicurato.

**Periodo di Copertura:** il periodo di tempo durante il quale le garanzie assicurative previste dall'Assicurazione sono operanti e le Prestazioni sono dovute dall'Assicuratore.

**Polizza Collettiva o Polizza:** la polizza collettiva sulla vita stipulata dal Contraente con l'Assicuratore nell'interesse di un gruppo di Assicurati ed avente ad oggetto l'Assicurazione a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un Prestito con il Contraente.

**Premio:** la somma dovuta alla Società in via anticipata ed in un'unica soluzione per aderire alla Polizza Collettiva.

**Prescrizione:** l'estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**Prestito:** il prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche stipulato dall'Aderente/Assicurato.

**Recesso:** il diritto dell'Assicurato di recedere dall'Assicurazione e farne cessare gli effetti.

**Revoca:** il diritto del soggetto che ha sottoscritto la Scheda di Adesione di revocare, prima del perfezionamento del contratto di Assicurazione, la sua richiesta di avvalersi della Polizza.

**Scheda di Adesione:** il documento che l'Assicurato firma all'atto della sottoscrizione del Prestito per manifestare la propria volontà di avvalersi della Polizza Collettiva.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento di rischio assicurato (Morte dell'Aderente/Assicurato) per il quale viene prestata una garanzia assicurativa con l'Assicurazione.



## Scheda di Adesione alla Convenzione n. [REDACTED]

### Copertura assicurativa Caso Morte

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio o della pensione

USER ID CALI \_\_\_\_\_

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

#### DATI DELL'ASSICURANDO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico dell'Assicurando \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

Situazione lavorativa: Dipendente Pubblico  Dipendente Privato  Pensionato

Ente/Azienda di cui l'Assicurando è lavoratore dipendente \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

#### DATI SUL PRESTITO E SUL PREMIO DI ASSICURAZIONE

Pratica \_\_\_\_\_ Durata mesi \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Tabella \_\_\_\_\_ TAN \_\_\_\_\_ Importo Euro \_\_\_\_\_ Rata mensile Euro \_\_\_\_\_

Montante Lordo (uguale alla somma delle rate) Capitale Assicurato Euro \_\_\_\_\_ Premio Euro \_\_\_\_\_

#### CONTRAENTE E BENEFICIARIO

CONTRAENTE: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente): \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche/ai sensi dell'artt. 1269 e 1723 Il comma del Codice Civile, dichiara:

- di aver preso atto che il Contraente ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 c.c. con l'impresa assicurativa AXERIA PREVOYANCE S.A.. una Polizza Collettiva a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un prestito con il Contraente;
- di manifestare con la sottoscrizione della presente Scheda di Adesione la propria volontà di aderire alla Polizza Collettiva;



- di accettare le Condizioni di Assicurazione;
- di dare il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, a stipulare, in suo nome e per suo conto, le coperture assicurative previste nella Convenzione stipulata tra il Contraente e AXERIA PREVOYANCE S.A.;
- di autorizzare il Contraente a trattenere, in suo nome e per suo conto, il Premio in sede di liquidazione del Prestito e di procedere al suo versamento a AXERIA PREVOYANCE S.A.;
- che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXERIA PREVOYANCE S.A., sono veritiere, precise e complete;
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXERIA PREVOYANCE S.A. riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE RELATIVE AI QUESTIONARI SANITARI

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

#### QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura dell'Assicurando)

Fare una  
croce nella  
casella del SI  
o del NO

- |   |   |
|---|---|
| 1. L'assicurato è attualmente ricoverato in ospedale o istituto di cura, o lo è stato negli ultimi 3 anni per più di 30 giorni (consecutivi o no)?<br>Se SI, specificare _____  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. E' previsto un ricovero dell'assicurato in ospedale o istituto di cura nei prossimi 6 mesi?<br>Se SI, specificare _____  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. L'assicurato è attualmente sottoposto a trattamenti medici permanenti per tumore, malattie neurologiche, cardiovascolari, respiratorie, urologiche, metaboliche (diabete o iperlipidemia)?<br>Se SI, specificare _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. L'assicurato riceve delle cure mediche in ospedale o a domicilio per più di una volta al mese?<br>Se SI, specificare _____   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. L'assicurato ha bisogno di assistenza domiciliare per lo svolgimento di almeno una delle seguenti attività quotidiane: deambulare, lavarsi, vestirsi o alimentarsi?<br>Se SI, specificare _____                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. L'assicurato è o è stato titolare di pensione di invalidità?<br>Se SI, specificare _____   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. La differenza tra l'altezza dell'assicurato in centimetri _____ ed il suo peso in kilogrammi _____ è inferiore a 80 o superiore a 120?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

#### DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico (se conosciuto) \_\_\_\_\_

#### L'ASSICURANDO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Il sottoscritto dichiara che gli sono stati previamente consegnati e che ha preso cognizione di tutti i documenti che costituiscono il Fascicolo Informativo attinente alla POLIZZA CONVENZIONE n. [REDACTED] e segnatamente:

- la Nota informativa;
- le Condizioni di Assicurazione;
- il Glossario;
- la presente Scheda di Adesione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (da compilarsi a cura dell'Assicurando)**

Avendo preso visione dell'Informativa sulla Privacy, allegata alla presente Scheda di Adesione, per le finalità e con le modalità ivi illustrate, acconsento al trattamento da parte di AXERIA PREVOYANCE S.A. dei miei dati personali e sensibili, per l'attivazione e la gestione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **INFORMATIVA RELATIVA AL PREMIO ED AI COSTI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI DAL DEBITORE/ASSICURATO**

##### **1. Pagamento del Premio:**

L'Assicurando ha autorizzato il Contraente a trattenere, in suo nome e per suo conto, il Premio in sede di liquidazione del Prestito ed a **procedere al suo versamento a AXERIA PREVOYANCE S.A.;**

##### **2. Costi effettivamente sostenuti dal Debitore/Assicurato:**

Il costo complessivo caricato dall'Assicuratore a titolo di spesa di acquisizione e di gestione del contratto di assicurazione è pari ad Euro [REDACTED], di cui complessivi Euro [REDACTED] retrocessi agli Intermediari incaricati del collocamento dell'Assicurazione e della liquidazione dei sinistri.

Si rammenta che per i soli Lavoratori e Pensionati non Convenzionati viene aggiunto al Premio un diritto fisso pari a € 60,00 (sessanta/00).

#### **SPESE AMMINISTRATIVE DI CUI ALL'ART. 7.2.1 DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.**

In caso di rimborso del Premio ai sensi dell'articolo 7.2.1 delle Condizioni di Assicurazione (estinzione anticipata del Prestito) l'Assicuratore trattiene dall'importo dovuto un ammontare pari al 15% (quindici per cento) a titolo di spese amministrative (emissione del contratto di Assicurazione e rimborso del Premio) con un minimo di Euro 100,00 (cento//00) ed un massimo di Euro 300,00 (trecento//00).

Secondo quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), AXERIA PREVOYANCE S.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

#### 1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

#### 2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (ad esempio, per antiriciclaggio);
- di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

#### 3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

#### 4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AXERIA PREVOYANCE S.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi. Più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

##### a) Comunicazioni obbligatorie:

sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta a effettuare in base a leggi, regolamenti, normativa comunitaria o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione; enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (INPS, Anagrafe Tributaria); Magistratura; Forze dell'Ordine (P.S., C.C., G.d.F., VV.UU.); organismi associativi ANIA e consorzi propri del settore assicurativo (CIRT).

##### b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:

rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio Banche e SIM); legali, periti e società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione; società di revisione; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere a) e b) dell'Informativa stessa.

##### c) Comunicazioni strumentali all'attività della nostra Società:

è nostro obiettivo migliorare la qualità dei nostri servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AXERIA PREVOYANCE S.A., che possano offrire servizi di qualità alla nostra clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterLe offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera c) della presente Informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude l'opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della nostra Società e delle Società che collaborano con noi.

#### 5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

#### 6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera c).

#### 7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'art. 7 del Decreto Legislativo conferisce ad ogni *Interessato* taluni specifici diritti e in particolare:

- di ottenere dal *Titolare* la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

#### 8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AXERIA PREVOYANCE S.A., con sede in Via Vittor Pisani, 19 – 20124 Milano – nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).



## **ALLEGATO 2**

# **Schema di Rapporto di Visita Medica**



## RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Cognome e nome dell'assicurato/a \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

N. del documento \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

### Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

1. Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle indicate) prima dell'età di 60 anni?	NO SI	Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo _____ _____ (casi tumori maligni, malattie cardiocircolatorie, ictus, ipertensione, diabete, malattie cardio-vascolari, diabete, malattie intestinali, malattie renali, malattia di Alzheimer, malattie dei motoneuroni, altre malattie a carattere ereditario)	
2. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici?	NO SI	<input type="checkbox"/> elettrocardiogramma <input type="checkbox"/> radiografie <input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG <input type="checkbox"/> esami del sangue <input type="checkbox"/> analisi delle urine <input type="checkbox"/> fundus oculare <input type="checkbox"/> markers dell'epatite <input type="checkbox"/> altri	Motivo, quando ed esito _____ _____ _____ _____ _____ _____
3. E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia?	NO SI	Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi _____ _____ _____	
4. Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?	NO SI	Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando _____ _____	
5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	NO SI	<input type="checkbox"/> della vista <input type="checkbox"/> dell'udito <input type="checkbox"/> degli arti <input type="checkbox"/> altri	Motivo, quali e da quando _____ _____ _____
6. Ha subito traumi o lesioni accidentali?	NO SI	<input type="checkbox"/> del cranio <input type="checkbox"/> degli organi di senso <input type="checkbox"/> degli arti <input type="checkbox"/> di altre sedi	Motivo, quali, quando e postumi _____ _____ _____

<p>7. Fa uso o ha fatto uso di:</p> <p>a) alcolici</p> <p>b) tabacco</p>	<p>NO SI</p> <p>NO SI</p>	<p>quantità giornaliera _____ da quanto tempo _____  se ha smesso, per quale motivo _____ da quanto tempo _____  (1 bicchiere di vino=1 unità, ½ litro di birra=2 unità, 1 bicchierino superalcolico=1 unità).</p> <p>quantità giornaliera _____ da quanto tempo _____  se ha smesso, per quale motivo _____ da quanto tempo _____</p>	
<p>8. Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?</p>	<p>NO SI</p>	<p>Qu  ali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro  <input type="checkbox"/> per malattie professionali  <input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive  <input type="checkbox"/> altre</p>	<p>Da quando, grado di infermità, parte o organo leso</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10. E' stato riformato alla visita di leva?</p>	<p>NO SI</p>	<p>Motivo</p> <p>_____</p>	
<p>11. a) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> asma  <input type="checkbox"/> bronchite  <input type="checkbox"/> enfisema  <input type="checkbox"/> pleurite  <input type="checkbox"/> tubercolosi  <input type="checkbox"/> fibrosi polmonare  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11.b) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> infarto  <input type="checkbox"/> angina  <input type="checkbox"/> ipertensione  <input type="checkbox"/> valvulopatie  <input type="checkbox"/> arteropatie  <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. c) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> gastroduodenite  <input type="checkbox"/> ulcera gastroduodenale  <input type="checkbox"/> colite ulcerosa  <input type="checkbox"/> epatite  <input type="checkbox"/> cirrosi epatica  <input type="checkbox"/> calcolosi biliare  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. d) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> nefrite  <input type="checkbox"/> calcolosi  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. e) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?</p>	<p>NO SI</p>	<p><input type="checkbox"/> artrite  <input type="checkbox"/> artrosi  <input type="checkbox"/> tumori  <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

11. f) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?	NO SI	<input type="checkbox"/> epilessia <input type="checkbox"/> nevrosi <input type="checkbox"/> paralisi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> malattia di Parkinson <input type="checkbox"/> malattia di Alzheimer <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____ _____
11. g) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?	NO SI	<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> dislipidemie <input type="checkbox"/> malattie della tiroide <input type="checkbox"/> malattie surrenali <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____
11. h) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?	NO SI	<input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> leucemia <input type="checkbox"/> emofilia <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____
12. Per assicurandi di sesso femminile: a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? b) ha malattie della mammella? c) è incinta?	NO SI NO SI NO SI	Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi _____ _____ _____ (mese di gravidanza e andamento)	
13. Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?	generalità _____ indirizzo _____		
14. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?	NO SI	Motivo, quando, quali, trattamento e postumi _____ _____ _____	
15. E' mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?	NO SI	Motivo e quando _____ _____	
16. Ha in previsione un ricovero ospedaliero?	NO SI	Motivo e quando _____ _____	
17. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?	NO SI	Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia _____ _____	
18. Si è sottoposto ad un test anti-HIV?	NO SI	Quando ed esito _____	
19. E' stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo, meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)?	NO SI	Quali, quando, motivo e postumi _____ _____ _____ _____	

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Proscioglio dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

**Ho letto e approvo quanto sopra.**

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

Firma dell'assicurando/a \_\_\_\_\_

**Parte II: esame obiettivo**

<p>Aspetto – costituzione fisica</p> <p>altezza: cm _____ peso: Kg _____</p> <p>Il rapporto altezza/peso è normale?</p> <p>Pressione arteriosa:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>precisazioni</p> <p>_____</p> <p>SI NO perché? _____</p> <p>sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____</p>	
<p>Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita.</p> <p>Risultato _____</p>		
<p>1. Cute e mucose visibili</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Per le donne: ghiandole mammarie</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Masse muscolari</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Sistema linfonodale superficiale</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Stato della tiroide</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Apparato muscoloscheletrico</p> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. Apparato respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vie aeree superiori</li> <li>- voce</li> <li>- ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace</li> </ul> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>8. Apparato cardiovascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ispezione, palpazione, percussione</li> <li>- auscultazione</li> <li>- arterie (in particolare polsi periferici)</li> <li>- vene (varici, emorroidi, ecc.)</li> </ul> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Bocca e apparato digerente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bocca</li> <li>- addome (ispezione e palpazione)</li> <li>- fegato</li> <li>- milza</li> </ul> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10. Apparato genitourinario</p> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. Sistema nervoso e organi di senso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condizioni psichiche</li> <li>- motilità</li> <li>- sensibilità e riflessi</li> <li>- udito</li> <li>- vista</li> <li>- olfatto</li> </ul> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>12. Analisi delle urine</p>	<p>SI NO</p>	<p>E' normale? In caso contrario, perché?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Conclusioni</p> <p>Diagnosi</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Giudizio prognostico</p>	<p>Buono <input type="checkbox"/>      Mediocre <input type="checkbox"/>      Sfavorevole <input type="checkbox"/></p>	
<p>Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?</p>	<p>SI NO</p>	<p>Quali e motivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Eventuali osservazioni ed informazioni complementari</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_