



SofidVita

RICHIESTA DI ADESIONE N. _____ (*) ALLA CONVENZIONE
PER L'ASSICURAZIONE MONOANNUALE DI GRUPPO
TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE N. 2.000.013

(*) Riservato alla Sofid vita

Contraente: FASEN - Fondo Attivita e Servizi Sociali Energia ENI

Aderente/Assicurando:

Cognome e nome		Sesso M F		Cod. Fiscale	
Categoria di appartenenza Aderente/Assicurando			Soc. di appartenenza del Dipendente		Cod. Matricola del Dipendente
Data di nascita	Comune e Stato Estero di nascita				Provincia
Comune di residenza			Provincia	Nazione	
Indirizzo			CAP	Recapito Telefonico (obbligatorio)	
Professione					
Tipo documento	N° documento	Data di rilascio	Autorità di rilascio	Luogo di rilascio	

Beneficiari

--	--	--	--	--	--

Decorrenza Copertura:		Scadenza Copertura		Giorni di copertura n° _____	
Ore 00,00 dell' 1/___/___		Ore 24,00 del 31.12.____			
Capitale assicurato Lire _____ (Lire _____)					
Pari a Euro _____ (Euro _____)					

Questionario Anamnestico Semplificato (per capitali assicurati pari o inferiori a € 129.114,22)

1) Attualmente è assente dal lavoro per ragioni sanitarie Motivazione sanitaria o lo è stato per più di 3 settimane consecutive negli ultimi 10 anni?	NO	SI	Motivazione sanitaria	Dal - al
2) E' mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, ecc, anche in regime di Day Hospital, per malattie, traumi, interventi chirurgici (eccetto appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emia inguinale, parto)?	NO	SI	Quali ed epoca	Postumi
3) Soffre o ha mai sofferto di una malattia cardiaca, respiratoria, digestiva, epatica o renale, di ipertensione arteriosa, di diabete, di un tumore, di esaurimento nervoso, di turbe neuropsichiche	NO	SI	Tipo Terapia Epoca	Conseguenze
4) E' stato sottoposto ad una terapia medica negli ultimi 10 anni per più di tre settimane consecutive o lo è attualmente?	NO	SI	Quali ed epoca	Postumi
5) E' in procinto di essere ricoverato in Ospedali, case di cura, ecc., per interventi chirurgici e/o cure, o deve essere sottoposto ad esami medici e/o terapie?	NO	SI	Motivazione sanitaria/Periodo	Esami

Segue a pag 2

Il Contraente

L'Aderente/Assicurando

Segue Richiesta di Adesione n. _____ (*)

Il sottoscritto dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte fornite, anche se materialmente scritte da altri, sono scrupolosamente veritiere ed esatte, e che non ha taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto dei Questionari Sanitari Semplificato o Completo Riconosce che le suddette informazioni costituiscono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio e servono di base per il consenso della Sofid Vita S.p.A. al contratto di assicurazione (a norma dell'Art. 3 delle Condizioni Generali di Polizza, qualora qualche risposta risultasse incompleta o non vera, la Sofid Vita S.p.A. avrebbe facoltà di contestare la validità del contratto, ovvero di recedere da esso, secondo che l'Aderente/Assicurato abbia agito o meno in malafede o con colpa grave). Si obbliga a comunicare tempestivamente alla Sofid Vita S.p.A. tutte quelle circostanze (disturbi, malattie, traumi, accertamenti sanitari, ricoveri in casa di cura, operazioni, ecc.) che possano modificare il proprio stato di salute nel periodo che va dal momento della sottoscrizione del presente documento al momento del perfezionamento dell'Applicazione Individuale. Dichiara altresì: di essere pronto a sottoporsi - a richiesta - a visita medica e ad altri accertamenti sanitari effettuati da sanitari designarli dalla Sofid Vita S.p.A.; di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le altre persone o enti ai quali la Sofid Vita S.p.A. ritenesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni; di aver preso visione del documento contenente le norme che disciplinano la Convenzione stipulata tra il FASEN e la Sofid Vita S.p.A., nonché delle Condizioni Contrattuali per le assicurazioni sulla vita allegata a detta Convenzione; di avere letto ed approvato tutto quanto precede e di avere ricevuto l'informativa ai sensi della legge 31 dicembre 1996 n. 675, per la quale ha sottoscritto la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

L'Aderente/Assicurando _____

In relazione a quanto richiesto dall'Aderente/Assicurando, il Contraente, consapevole che il consenso al contratto da parte della SOFID VITA S.p.A. è basato anche sulla veridicità delle dichiarazioni dell'Aderente/Assicurando, chiede l'emissione dell'Applicazione Individuale alla sopraindicata Convenzione.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Il Contraente e l'Aderente/Assicurando sono consapevoli che la copertura assicurativa di cui alla presente richiesta di adesione verrà praticata dietro versamento di un premio calcolato sulla base di quanto previsto in allegato alla Convenzione n. 2.000.013 (All. 1) ed alla relativa Nota informativa(All. 1)

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Luogo e data _____

L'Aderente/Assicurando _____

Ai sensi dell'articolo 6 della Convenzione sopraindicata, il perfezionamento dell'Applicazione Individuale che la SOFID VITA S.p.A. dovesse emettere a seguito della presente Richiesta di adesione si considera avvenuto nel momento in cui l'Aderente/Assicurando riceve l'Applicazione Individuale stessa firmata dalla SOFID VITA S.p.A.. La garanzia assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 della data di perfezionamento dell'Applicazione Individuale, oppure della data di decorrenza indicata in essa, se successiva. La garanzia si intenderà automaticamente prestata alle condizioni definitive previste dall'Applicazione Individuale che la Sofid Vita invierà all'Aderente/Assicurato.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Luogo e data _____

L'Aderente/Assicurando _____

Il sottoscritto Aderente/Assicurando dichiara di avere ricevuto la Nota Informativa redatta conformemente alla vigente normativa ISVAP.

Luogo e data _____

L'Aderente/Assicurando _____

Per l'accettazione della Richiesta di adesione _____
(Firma Direzione Sofid Vita)

Sofid Vita S.p.A. - Società per Azioni con Sede Legale in Piazzale Enrico Mattei, 1 - 00144 ROMA e Uffici in Via Marino Ghetaldi, 64 - 00143 ROMA
Capitale Sociale 10.200.000 Euro i.v. - Registro Imprese di Roma n. 559500196 Tribunale di Roma
C.C.I.A.A. di Roma - REA n. 0840177 - Codice Fiscale e Partita IVA n. 05110861001
Telefono: 06 5982.1 - Fax: 06 5982.2858
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni con provvedimento dell' ISVAP n 572 del 21.5.1997 (G.U. del 29.5.1997 n. 123)