



Io sottoscritto/o \_\_\_\_\_ dichiaro di essere  
contraente/assicurato/beneficiario di/con una polizza di una società del Gruppo  
AXA in Italia<sup>1</sup> e richiedo di essere sottoposto al **Test Sierologico** presso il centro  
diagnostico \_\_\_\_\_ al  
prezzo definito nella convenzione AXA.

---

Sezione da compilare per far accedere alla prestazione i familiari

Richiedo, inoltre, di sottoporre al test sierologico, alle stesse condizioni richiamate  
nella convenzione AXA, i componenti del mio nucleo familiare che dichiaro essere  
composto come segue:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> A tali fini si intendono appartenenti al Gruppo AXA in Italia le seguenti Compagnie: AXA Assicurazioni S.p.A., AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A; AXA Assicurazioni Danni S.p.A.; AXA MPS Financial; Quixa Assicurazioni S.p.A.; AXA XL; AXA Partner e AXA Assistance.