



Io sottoscritto/o _____ dichiaro di essere
contraente/assicurato/beneficiario di/con una polizza di una società del Gruppo
AXA in Italia¹ 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

¹ 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.