



Io sottoscritto/o \_\_\_\_\_ dichiaro di svolgere la mia attività lavorativa presso la Società \_\_\_\_\_ assicurata con 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) \_\_\_\_\_

---

Allego alla presente dichiarazione copia del mio badge aziendale<sup>2</sup>.

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.

<sup>2</sup> In caso non sia disponibile il Badge aziendale, vale la sola certificazione.