



Spett.le
TUTELA
 Cassa di Assistenza
 Complementare e Integrativa
 Via Melchiorre Gioia, 124
 20125 MILANO (MI)

**INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA
 QUESTIONARIO**

ASSICURANDO	Nome e Cognome			
	Data di nascita		Altezza (cm)	Peso (kg)
DICHIARAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE, A PRECEDENTI SANITARI ED ASSICURATIVI				
IN CASO DI RISPOSTA AfferMATIVA SPECIFICARE LE INFORMAZIONI DA DICHIARARE E DA QUANDO SussISTE LA SITUAZIONE				
1.	Ha subito infortuni con postumi invalidanti? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Gode di rendita INAIL per infortunio o per malattia professionale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	E' invalido civile? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Presenta menomazioni funzionali (amputazioni, paresi, deficit visivo o uditivo, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Malattie osteoarticolari, distrofie muscolari (artrosi, artriti, lombosciatalgie, ernie del disco, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Malattie cardiache (infarto miocardio, angina pectoris, vizi valvolari, endocardite, aritmie cardiache, miocardiopatie, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Malattie vascolari (disturbi di circolazione, varici, trombosi, iper-ipotensione, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Malattie dell'apparato respiratorio (tubercolosi, asma, enfisema, bronchite cronica, pneumotorace, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Malattie dell'apparato digerente (colite ulcerosa, ulcera gastrica o duodenale, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Malattie epatiche (cirrosi, calcolosi della colecisti, epatiti, pancreatiti, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Malattie renali (calcoli, nefriti, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Diabete o altre patologie endocrine (in caso di diabete specificare se in terapia con insulina? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Malattie della tiroide? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEGUE ALLA PAGINA SUCCESSIVA (PAG. 1. DI 2)				


SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE (PAG. 2 DI 2)

14. Malattie dell'occhio (glaucoma, cataratta, distacchi di retina, miopia, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15. Malattie neurologiche(epilessia, paresi, sclerosi a placche, ictus, ecc.)? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
16. Malattie del sangue? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
17. Malattie tumorali? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
18. Soffre di altre patologie non inquadrabili tra quelle indicate ai precedenti punti? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
19. Sono stati notati recentemente segni di: dimagrimento intenso, stanchezza intensa, febbre recidivante, sangue nelle feci o nelle urine? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
20. E' mai stato ricoverato in ospedale o in casa di cura? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CAUSE DI INASSICURABILITÀ

L'Assicurando dichiara di non risultare affetto da alcuna delle seguenti patologie: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive. Dichiara altresì di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

- Inassicurabilità se preesistenti;
- Cessazione automatica della copertura contestualmente al loro manifestarsi nel corso del contratto.

GENERALITÀ

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nel presente documento con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero. Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 del D.Lgs. 196/2003 " il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati pu" essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generalis.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili. Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi Su richiesta dell'Assicurando confermo quanto sopra, per quanto di mia conoscenza.

(Luogo)

(Data)

L'Assicurando

(Luogo)

(Data)

Timbro e firma del medico curante