


Proposta di adesione alla copertura Vita Puro Rischio (DIRIGENTI) - Allegato IV
Dati Anagrafici

Cognome e Nome:												
Sesso:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>								
Luogo di nascita								Data di nascita				
Codice Fiscale												
Con la qualifica di dirigente della Società*												

(*) indicare la Contraente della Convenzione collettiva in termini o la sua Associata o Convenzionata.

NOTA

E' NELL'INTERESSE DELL'ASSICURANDO NON TACERE NOTIZIE SUL PROPRIO STATO DI SALUTE: L'OCCULTAMENTO DELLE STESSE (MALATTIA, INTERVENTI CHIRURGICI, ESITI DI ESAMI, INVALIDITÀ, ECC.) ESPONE I BENEFICIARI DELLA POLIZZA AL RISCHIO DI CONTESTAZIONE CIRCA IL PAGAMENTO DELLE SOMME ASSICURATE (ARTT. 1892 E 1893 DEL CODICE CIVILE).

Questionario sanitario (Barrare la casella relativa)

1. Soffre o ha sofferto di malattie, menomazioni fisiche tali da alterare il normale buono stato di salute? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
1.a. Se SI, indicare quali, epoca e durata? _____		
2. Si verificarono nella Sua famiglia: tumori maligni, gotta, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, suicidio, epilessia o altre malattie nervose e mentali? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.a. Se SI, indicare grado di parentela, epoca, durata e conseguenze _____		
3. Si è mai sottoposto ad esami clinici o accertamenti diagnostici (elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine. test HIV. ricerca antiigene AU) che abbiano rivelato situazioni anormali? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.a. Se SI, indicare quali _____		
4. E' stato mai ricoverato in ambiente ospedaliero per infortuni o malattia (ad esclusione degli interventi di appendicectomia, tonsillectomia, erniectomia, safenenectomia, varici, emorroidectomia. meniscectomia. fratture degli arti. deviazione del setto nasale. colecistectomia)? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.a. Ha subito interventi chirurgici? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.b. Se SI, indicare quali _____		
5. Indicare peso e altezza: Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____		
6. Chi è il Suo medico curante o abituale (precisare nominativo e indirizzo) _____		
7. E' o è stato titolare di pensione d'invalidità o ha in corso pratiche per il suo riconoscimento presso l'Ente di previdenza obbligatoria di appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7.a. Se SI, indicare il grado, l'Ente e la data di riconoscimento o della richiesta _____		

Segue alla pagina successiva (Pag. 1 di 2)

**Segue dalla pagina precedente (Pag. 2 di 2)***(Se ha risposto affermativamente ad una delle domande da 1. a 4.b.)*Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni? _____ SI NOSe SI, indicare quali (nominativo e indirizzo), quando e per quali motivi _____
_____**Attività sportive dell'Assicurando (Barrare la casella in caso affermativo)**

- 1) Nessuna attività sportiva _____
- 2) Sci, tennis, ciclismo in forma non agonistica, caccia, pesca, nuoto, calcio (senza iscrizione alla FIGC e senza partecipazione a tornei), escursionismo alpino, footing, tutti esercitati in forma dilettantistica _____
- 3) Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con autorespiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli _____
- 4) Ciclismo agonistico _____
- 5) Volo con deltaplano non a motore o parapendio _____
- 6) Altro (precisare dettagliatamente) _____

Le attività 1) e 2) non comportano pagamento di sovrappremi**Dichiarazioni dell'Assicurando****Il sottoscritto assicurando:**

- dichiara di riconoscere che le informazioni e le risposte contenute nella presente proposta rappresentano notizie e dati fondamentali per la valutazione del rischio da parte della Società e che quindi la loro veridicità sta alla base della validità del contratto;
- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;
- acconsente inoltre che la Società fornisca informazioni sul suo conto ad altri Enti a fini assicurativi o riassicurativi;
- dichiara infine di aver preso conoscenza che, in caso di decesso dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero a patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato se:
- a) il sinistro avviene nei primi 5 anni di polizza per i contratti assunti senza visita medica;
- b) il sinistro avviene nei primi 7 anni di polizza nel caso in cui l'assicurato, pur in presenza di una visita medica, non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Data

Firma dell'Assicurando _____