

QUESTIONARIO POLIZZA INFORTUNI/MALATTIE

Gentile Cliente,

Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti del Suo tempo per rispondere ad alcune domande, indispensabili per identificare la soluzione assicurativa che più di tutte riesca a soddisfare le Sue esigenze di sicurezza. Solo grazie alla Sua preziosa collaborazione riusciremo nel comune intento di poterLe offrire le garanzie più adeguate, quelle in grado di rispondere efficacemente all'evento dannoso, qualora dovesse verificarsi. Ci preme inoltre evidenziarle come tutti i quesiti che le vengono posti siano rilevanti per quanto sopra illustrato; la mancata risposta anche ad uno solo di essi potrebbe poi rendere difficoltoso valutare la reale conformità della soluzione proposta. La ringraziamo per la collaborazione.

A – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

A1 – Generalità del Dichiarante

Nominativo Luogo di Nascita Provincia

Data di nascita Codice Fiscale Stato Civile:

Indirizzo Comune Prov. CAP

Mail: Recapito telefonico

Fumatore Altre coperture malattie in corso No Sì, con la Società

B - GARANZIE RICHIESTE

Rimborso spese Diagnostica Diaria

Capitale c. m. Capitale i. p. Diaria da gesso Rendita t.l.c.

C - INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

Peso: Kg Altezza: cm Negli ultimi tre anni ha consultato medici? Quali

Quando e per quali motivi: Chi è il suo medico abituale

Presenta una colesterolemia elevata (>250mg/dl)? Soffre di ipertensione

È affetto da difetti fisici, malformazioni o disturbi funzionali (della vista, dell'udito o di altro tipo)?

Quali	Data diagnosi (indicativa)	Intervento (data)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ha subito infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti?

Quali	Data diagnosi (indicativa)	Intervento (data)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Percepisce o ha in corso domanda per ottenere una pensione di invalidità? Invalidità riconosciuta Soffre attualmente/Ha sofferto in passato di patologie o di disturbi ricorrenti/cronici?

Quali	Data diagnosi	In atto	Se in trattamento, indicare da quando	farmaco/terapia	Intervento (data)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Advisor & Partners Srl

Broker

--	--	--	--	--	--	--

Ha subito ricoveri o interventi chirurgici anche ambulatoriali (inclusi parti cesarei e aborti spontanei)?

Quali	Data diagnosi (indicativa)	Intervento (data)	

Assume abitualmente farmaci o si sottopone a terapie per patologie non dichiarate precedentemente?

Patologia	Data diagnosi	Se in trattamento, indicare da quando	farmaco/terapia	Intervento (data)	

Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti Indichi quali e da quanto tempo

Ha effettuato esami o accertamenti diagnostici che abbiano rilevato patologie diverse da quelle dichiarate?

Quali	Data diagnosi	In atto	Se in trattamento, indicare da quando	farmaco/terapia	Intervento (data)	

Professione Settore Lavora all'estero?

Pratica sport Prende parte a gare? Quali? Pratica volo?

È esposto a speciali pericoli? Quali? Accede ad impalcature?

NOTE LIBERE

Il sottoscritto contraente è consapevole ed accetta che il presente questionario formerà parte integrante della polizza di assicurazione e che i dati in esso contenuti costituiscono elementi per la caratterizzazione del rischio e la quantificazione del premio di polizza. Il sottoscritto dichiara pertanto, ai sensi degli artt. 1892 – 1893 e 1910 del Codice Civile, che i dati tecnici descrittivi del rischio contenuti all'interno del presente questionario sono completi e veritieri ed acconsente ad eventuali accertamenti e/o ispezioni del rischio qualora richiesti dalla Compagnia.

Il Richiedente

Data