

Questionario informativo sullo stato di salute da sottoscrivere solo per assicurati con età inferiore o uguale a 60 anni

Le risposte alle seguenti domande sono obbligatorie e devono essere fornite dall'Assicurando ai fini della sottoscrizione di un contratto. In caso di risposta affermativa ad una o più domande, l'Assicurando, non potendo attestare il buono stato di salute, dovrà trasmettere alla Compagnia Assicurativa un Rapporto di Visita Medica debitamente compilato per la valutazione del rischio.

Nome e Cognome _____ Cod. Fiscale _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente a _____ Indirizzo e n. civico _____ CAP _____

1. In base alla propria altezza, il proprio peso è oltre i limiti minimi e massimi indicati nella seguente tabella:

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Altezza (cm) | 150-155 | 156-160 | 161-165 | 166-170 | 171-175 | 176-180 | 181-185 | 186-190 | 191-195 | 196-200 | 201-205 | 206-210 | 211-215 |
| Peso (kg) | 45-70 | 49-75 | 52-80 | 55-85 | 59-90 | 62-96 | 65-101 | 69-107 | 72-113 | 76-119 | 79-125 | 83-131 | 87-138 |

SI NO

2. È stato ricoverato in ospedale o in casa di cura negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, correzione delle lesioni del menisco, frattura degli arti, parto, chirurgia estetica);

SI NO

3. Si è mai sottoposto a cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una delle seguenti patologie?

A) cardiovascolare

SI NO

B) dell'apparato respiratorio

SI NO

C) tumori in genere

SI NO

D) del sangue

SI NO

E) dell'apparato uro-genitale

SI NO

F) del sistema osteo-articolare o lesioni di organi vitali post-traumatiche

SI NO

G) dell'apparato digerente

SI NO

H) del sistema endocrino-metabolico o del fegato

SI NO

I) del sistema nervoso, della psiche o paralisi

SI NO

L) AIDS o patologie ad esso correlate

SI NO

4. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici che abbiano dato esiti al di fuori della norma?

SI NO

5. È in attesa di ricovero, di intervento, o di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti sanitari diagnostici?

SI NO

6. Fa uso regolare e continuativo di medicinali o ne ha assunti in tal modo negli ultimi dodici mesi;

SI NO

7. Gode di pensione per malattia o invalidità o ne ha fatto richiesta;

SI NO

8. Ha fatto o fa uso regolare e continuativo di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici.

SI NO

IMPORTANTE

Le coperture assicurative non includono i pagamenti per sinistri causati da patologie diagnosticate sia prima della sottoscrizione della Polizza, sia nei 90 giorni successivi per le garanzie "malattia grave" (180 giorni per la garanzia "temporanea caso morte).

Luogo _____

Firma assicurato _____

Data _____

AVVERTENZE:

Dichiarazioni non veritiere, inesatte o parziali, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Prima della sottoscrizione del "Questionario Informativo sullo Stato di Salute", il Cliente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa contenute. Il Cliente ha il diritto di non sottoscrivere il presente questionario in caso preferisca richiedere alla Compagnia di poter produrre un Questionario Medico o potersi sottoporre - con costi a suo carico - a visita medica per certificare il proprio stato di salute. La Compagnia si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame della documentazione sanitaria prodotta del Cliente, in questo caso senza alcuna eventuale carenza.

DICHIARAZIONI

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date contenute nel presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto od omesso di comunicare alcuna circostanza rilevante circa le mie condizioni mediche. Sono a conoscenza del fatto che le informazioni e i dati richiestimi sono elementi fondamentali ai fini della valutazione da parte della Compagnia dei rischi in relazione alla polizza cui il sottoscritto intende aderire.

Luogo _____

Firma assicurando _____

Data _____