

DATI SANITARI

In caso di risposta affermativa, per ogni punto specificare data e dettagli degli eventuali disturbi.

J) Si è sottoposto a visite specialistiche, analisi o terapie mediche relative a:

1. qualsiasi disturbo psichiatrico o del sistema nervoso (compresa emicrania) epilessia o qualsiasi altra forma di alterazione o perdita della conoscenza? SI NO
.....
2. qualsiasi disturbo cardiaco, di pressione sanguigna, circolatorio o respiratorio? SI NO
.....
3. qualsiasi disturbo della vista, dell'apparato digerente od urogenitale? SI NO
.....
4. qualsiasi disturbo circolatorio o del sistema linfoghiandolare? SI NO
.....
5. qualsiasi disturbo inerente l'apparato osseo (colonna vertebrale compresa) o i legamenti? SI NO
.....
6. qualsiasi problema dermatologico? SI NO
.....
7. diabete? SI NO
.....

K) Fornire dati e dettagli di qualsiasi altra visita, analisi o terapia medica non indicata ai punti precedenti (inclusi infortuni con ferite)

L) Ha subito sospensioni della licenza per motivi di salute? SI NO
.....
.....

M) Vi sono limitazioni od obblighi trascritti sulla Sua licenza? SI NO
.....

N) Indicare la data dell'ultimo elettrocardiogramma od ecocardiogramma approvato dagli istituti medici competenti all'accertamento dell'idoneità psicofisica alla licenza:

E' stata ravvisata, anche in passato, qualche anomalia? SI NO
.....

O) Nel corso o a seguito di accertamenti clinici, ha:

1. dovuto sottoporsi ad ulteriori accertamenti? SI NO
.....
2. dovuto sottoporsi a visite specialistiche? SI NO
.....
3. subito un rinvio del rilascio o rinnovo del nulla osta medico? SI NO
.....
4. dovuto sottoporsi a visite mediche ad intervalli di tempo inferiori al normale? SI NO
.....

P) Ha mai avvertito peggioramenti del Suo stato di salute compresi udito, vista e pressione sanguigna?..... SI NO

R) Dichiarare se, da parte di Compagnie di assicurazione, sono state

1. rifiutate o rinviate proposte da Lei compilate SI NO
2. quotati per Lei premi più alti del normale SI NO
3. rifiutati rinnovi di polizze già esistenti SI NO

DICHIARAZIONE

Quanto ho sopra dichiarato, sia o meno scritto di mio pugno, risponde a verità, completezza ed alla mia massima sincerità e buona fede.

Accetto di adottare questa Proposta e dichiarazione come base per il contratto di assicurazione tra me e la Società.

Prendo atto che le dichiarazioni da me fatte all'interno del presente questionario formeranno parte integrante del contratto che andrò a stipulare. Sono consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio, le stesse possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

Dichiaro, inoltre, di aver preso visione ed aver compreso il contenuto dell'Informativa sul trattamento dei dati Personali e di autorizzarne il Trattamento per le finalità necessarie alla formulazione di un'offerta assicurativa

SI NO

Firma del proponente

Data _____, li _____

L'Assicuratore si riserva il diritto di imporre speciali condizioni o di non accettare la proposta di assicurazione