



Banca
Sportello
Tariffa

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "Contraente", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una polizza di assicurazione denominata AXA MPS Valore Autonomia (VA13), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VAVA13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto.

Contraente
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Assicurato
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Indirizzo e-mail: numero di cellulare:

Sezione Beneficiari
Nome Cognome/Ragione sociale % di ripartizione prestazione
Sesso Nato/Costituito il Comune
Codice Fiscale/P IVA
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono
Beneficiario caso morte:
Beneficiari LTC: Assicurato stesso

DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione Referente Terzo
Nome Cognome/Ragione sociale
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono

Periodicità dei premi: mensile
Premio iniziale €
Decorrenza
Rendita LTC €
Capitale caso morte €
In il
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.)

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio iniziale di €
e quelli mensili dovuti successivamente sul C/C..... ABI CAB Ag.
La Filiale Il Contraente
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
• addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
• bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta. Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Il Contraente

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante data e firma
Nome e Cognome Assicurato data e firma

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SÌ NO

Luogo e data **Il Contraente**

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita Iva Gruppo IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: +39 06 50870.1, Fax: +39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it
- Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041



Banca
Sportello
Tariffa

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "Contraente", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una polizza di assicurazione denominata AXA MPS Valore Autonomia (VA13), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VAVA13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto.

Contraente
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Assicurato
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Indirizzo e-mail: numero di cellulare:
Sezione Beneficiari
Nome Cognome/Ragione sociale % di ripartizione prestazione
Sesso Nato/Costituito il Comune
Codice Fiscale/P IVA
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono
Beneficiario caso morte:
Beneficiari LTC: Assicurato stesso

DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione Referente Terzo
Nome Cognome/Ragione sociale
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono

Periodicità dei premi: mensile
Premio iniziale €
Decorrenza
Rendita LTC €
Capitale caso morte €
In il
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.)

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio iniziale di €
e quelli mensili dovuti successivamente sul C/C..... ABI CAB Ag.
La Filiale Il Contraente
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
• addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
• bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta. Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Il Contraente

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante data e firma
Nome e Cognome Assicurato data e firma

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SÌ NO

Luogo e data **Il Contraente**



Banca
Sportello
Tariffa

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "Contraente", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una polizza di assicurazione denominata AXA MPS Valore Autonomia (VA13), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VAVA13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto.

Contraente
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Assicurato
Sesso nato il a
Indirizzo comune di cap prov.
Est. Documento ril. il da
Cod. fisc. cod. prof. Stato civile

Indirizzo e-mail: numero di cellulare:
Sezione Beneficiari
Nome Cognome/Ragione sociale % di ripartizione prestazione
Sesso Nato/Costituito il Comune
Codice Fiscale/P IVA
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono
Beneficiario caso morte:
Beneficiari LTC: Assicurato stesso

DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione Referente Terzo
Nome Cognome/Ragione sociale
Recapito/Sede legale: indirizzo comune CAP PR
Email: Numero di telefono

Periodicità dei premi: mensile
Premio iniziale €
Decorrenza
Rendita LTC €
Capitale caso morte €
In il
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.)

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio iniziale di €
e quelli mensili dovuti successivamente sul C/C..... ABI CAB Ag.
La Filiale Il Contraente
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
• addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
• bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta. Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Il Contraente

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante data e firma
Nome e Cognome Assicurato data e firma

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SÌ NO

Luogo e data **Il Contraente**

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

Chi decide perché e come trattare i dati?	AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	<p>a) Finalità assicurativa I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.</p> <p>b) Finalità commerciali e di marketing I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. Il trattamento dei dati è facoltativo e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile. In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.</p>
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	<p>I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dipendenti e collaboratori - Società terze che trattano i dati per conto del Titolare; - Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria; - altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari. <p>In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.</p> <p>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</p>
A chi sono comunicati i dati?	
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	<p>Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, l'interessato può scrivere a: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma - e-mail: privacy@axa.it.</p>
Da dove provengono i dati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione i dati di banche dati.
quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: Per decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.
Informazioni aggiuntive	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it .



Banca
Sportello
Tariffa

**QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE
E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO**

Nome Cognome

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Sesso F M
 FUMATORE NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale: Attività extraprofessionali e sportive:

Peso kg Altezza cm

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota 1 (vedi in basso)? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, menopausa, allergie, terapia anticoncezionale, terapie preventive? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;
- ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALLA COMPAGNIA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.

NOTA

Disturbi del sistema nervoso (convulsioni, crisi epilettiche, ictus cerebrale, paralisi o paresi, svenimenti, cefalee severe o qualsiasi altra malattia del sistema nervoso o neuropsichiatrico), malattie dell'apparato cardio-vascolare (elevati valori pressori, infarto, aritmia cardiaca, qualunque tipo di cardiopatia o di malattia delle arterie), disturbi dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite cronica), malattie dell'apparato digerente (ulcera gastrica o duodenale, epatite cronica o cirrosi epatica, malattie dell'intestino, del retto, del fegato o del pancreas), disturbi dell'apparato genito-urinario (coliche renali, insufficienza renale, malattie dell'apparato genitale femminile o maschile), malattie metaboliche o endocrine (diabete, disturbi della tiroide, gotta), qualsiasi tipo di malattia del sangue e degli organi ematopoietici (anemia, sideropenia, linfopatie, mielopatie), malattie delle ossa e articolazioni (fratture della colonna, anchilosi, osteoporosi), qualsiasi tipo di tumore (cancro, melanoma, cisti, polipi), malattie infettive (epatite B o C, o HIV), abuso di alcool o dipendenza da qualsiasi tipo di droga.

Luogo, data Firma dell'Assicurando



Banca
 Sportello
 Tariffa

**QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE
 E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO**

Nome Cognome

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Sesso F M
 FUMATORE NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale: Attività extraprofessionali e sportive:

Peso kg Altezza cm

1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute? SÌ NO
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi? SÌ NO
3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo) SÌ NO
4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota 1 (vedi in basso)? SÌ NO
5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria? SÌ NO
6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici? SÌ NO
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico? SÌ NO
8. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, menopausa, allergie, terapia anticoncezionale, terapie preventive? SÌ NO
9. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SÌ NO
10. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)? SÌ NO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;
- ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALLA COMPAGNIA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.

NOTA

Disturbi del sistema nervoso (convulsioni, crisi epilettiche, ictus cerebrale, paralisi o paresi, svenimenti, cefalee severe o qualsiasi altra malattia del sistema nervoso o neuropsichiatrico), malattie dell'apparato cardio-vascolare (elevati valori pressori, infarto, aritmia cardiaca, qualunque tipo di cardiopatia o di malattia delle arterie), disturbi dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite cronica), malattie dell'apparato digerente (ulcera gastrica o duodenale, epatite cronica o cirrosi epatica, malattie dell'intestino, del retto, del fegato o del pancreas), disturbi dell'apparato genito-urinario (coliche renali, insufficienza renale, malattie dell'apparato genitale femminile o maschile), malattie metaboliche o endocrine (diabete, disturbi della tiroide, gotta), qualsiasi tipo di malattia del sangue e degli organi ematopoietici (anemia, sideropenia, linfopatie, mielopatie), malattie delle ossa e articolazioni (fratture della colonna, anchilosi, osteoporosi), qualsiasi tipo di tumore (cancro, melanoma, cisti, polipi), malattie infettive (epatite B o C, o HIV), abuso di alcool o dipendenza da qualsiasi tipo di droga.

Luogo, data Firma dell'Assicurando