

Questionario assicurazione INFORTUNI – MALATTIE

Cognome, Nome e Indirizzo		
Data di nascita e Codice Fiscale		
Peso e Altezza	Kg.	cm.
Occupazioni (se più di una, specificare); se l'attività svolta non è solo sedentaria, fornire dettagli		
Periodo di copertura richiesto	Data di inizio	Data di scadenza
Somme da assicurare per: MORTE da <u>infortunio</u> : €. _____ INVALIDITÀ PERMANENTE da <u>infortunio</u> : €. _____ INVALIDITÀ PERMANENTE da <u>malattia</u> : €. _____ INABILITÀ TEMPORANEA da <u>infortunio</u> : €. _____ ALTRO: _____ €. _____		
Altre occupazioni (<i>sports, hobby o attività che presumibilmente costituiscano un aggravamento di rischio</i>)		
Ha sofferto ernie, stiramenti alla schiena, lesioni del disco o altri difetti fisici di natura cronica o ricorrente? (se si precisare dettagli)		
Ha sofferto di malanni al cuore, ipertensione, vene varicose, malattie dei nervi, alcolismo, assuefazione a droghe o altre malattie e debolezze organiche di natura cronica o ricorrente? (se si precisare dettagli)		
Si è mai sottoposto a intervento chirurgico? (se si precisare dettagli)		
Ha qualche motivo di credere di doversi sottoporre ad un intervento chirurgico? (se si precisare dettagli)		
Quali infortuni o malattie le hanno impedito di attendere alle sue normali occupazioni per periodi superiori ai 14 giorni, negli ultimi 5 anni?		
Gode attualmente di buona salute?		
Attualmente è assicurato contro l'infortunio e/o la malattia? (se si indicare con chi e per quali capitali)		
Sono mai state annullate e/o disdettate e/o rifiutate da assicuratori coperture assicurative? (se si precisare dettagli)		

Data

Il Proponente

.....
(Timbro e Firma)