

Dichiarazioni dell'Assicurando:

Nome e Cognome dell'Assicurando: _____
Indirizzo: _____
Sesso: M ☐ F ☐ Data di nascita: ____/____/____ Luogo di nascita: _____
La differenza tra altezza (in cm) e peso (in kg) è inferiore ad 80 oppure superiore a 120? ☐ NO ☐ SI : - indicare altezza in cm. _____ - indicare peso in kg. _____
Nella sua parentela consanguinea sono state riscontrati - prima dei 60 anni - casi di tumori maligni, malattie cardio-vascolari, diabete, malattie intestinali, malattie renali, malattia di Alzheimer, malattie dei motoneuroni, altre malattie a carattere ereditario? ☐ NO ☐ SI : - di che malattia si tratta _____ - quale dei suoi familiari _____ - età alla diagnosi _____
E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura o simili per malattie e/o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, colecistectomia non dovuta a neoplasia, parto? ☐ NO ☐ SI : - motivo del ricovero _____ - quando _____ - postumi _____
Negli ultimi 3 anni si è sottoposto a visita medica e/o esami diagnostici (sangue, ECG, test HIV, RX, ecografie, TAC, RM ecc.)? ☐ NO ☐ SI : - motivo _____ - quando _____ - hanno evidenziato valori fuori norma o patologie? _____
Assume o ha mai assunto farmaci per un periodo superiore a 21 giorni? ☐ NO ☐ SI : - nome farmaco _____ - motivo _____ - periodo _____
Soffre ho sofferto di: Malattie dell'apparato respiratorio (asma, bronchiti, enfisema, tbc, tumori ecc.) ☐ NO ☐ SI :



- quale _____
 - quando _____
 Malattie dell'apparato cardiovascolare (infarto, angina, ipertensione, valvulopatie, ictus ecc.)
 _ NO
 _ SI :

- quale _____
 - quando _____
 Malattie dell'apparato gastrointestinale (epatite, gastroduodenite, ulcera, cirrosi epatica, calcolosi biliare, tumore, ecc.)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Malattie dell'apparato uro-genitale? (nefriti, calcolosi, ipertrofia prostatica, disturbi ginecologici, tumori ecc.)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Malattie del sistema nervoso (epilessia, nevrosi, paralisi, tumori ecc.)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Malattie del sangue (anemia, leucemia ecc.)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Malattie del sistema endocrino-metabolico (diabete, dislipidemia, disturbi della tiroide/surrene, tumore ecc.)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Malattie dell'apparato osteo-articolare? (artriti, artrosi, tumori, ecc)
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____
 Altre malattie?
 _ NO
 _ SI :
 - quale _____
 - quando _____

Fuma o ha mai fumato, consumando più di 20 sigarette al giorno?
 _ NO
 _ SI :
 - precisare quantità giornaliera _____
 - da quanto tempo fuma _____
 - quando ha smesso di fumare _____
 Fa uso o ha fatto uso di alcol?
 _ NO
 _ SI :
 - precisare quantità giornaliera (1 bicchiere di vino = 1 unità, ½ litro di birra = 2 unità, 1 bicchierino di superalcolico = 1 unità) _____
 - da quanto ne fa uso _____
 - quando ha smesso _____
 Fa uso o ha fatto uso di stupefacenti?
 _ NO
 _ SI :



- precisare tipo _____
- precisare quantità giornaliera _____
- da quanto tempo ne fa uso _____
- quando ha smesso _____

Percepisce pensione di invalidità o sta per avviare procedura per ottenerla?

☐ NO

☐ SI :

- causa _____

- % invalidità _____

INFORMAZIONI NON SANITARIE

Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (es. alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, armi, veleni, lavori sotterranei, subacquei, su impalcature e tetti, ponti, lavori con macchine azionate a motore, guida di autocarri ed autotreni ecc.)

☐ NO

☐ SI :

- quando _____

- mansioni _____

Pratica sport rischiosi? (es. alpinismo, immersioni subacquee, sport aerei, sport motoristici, aviazione privata, speleologia, ecc.)

☐ NO

☐ SI :

- quale (in caso di uno dei suddetti sport, compilare questionario sportivo) _____

Effettua viaggi al di fuori dell'Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale (escluso il Tibet)?

☐ NO

☐ SI :

- dove _____

Ha in vigore altre polizze vita oppure ha presentato domanda per tale copertura?

☐ NO

☐ SI :

- somma assicurata _____

- scopo copertura _____

- effetto/scadenza _____

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Net Insurance Life S.p.A.

Sono pertanto consapevole che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Proscioglio dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ed autorizzo sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

HO LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Firma dell'Assicurando  Data