



Programma
Invalidità Permanente
da Malattia

Programma Invalidità Permanente da Malattia

RICHIESTA DI ADESIONE

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

ALLE ORE	DEL
----------	-----

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN	INDIRIZZO
---------	-----------

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.	TELEFONO	FAX
-------------------------------	----------	-----

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA	REFERENTE
--	-----------

TELEFONO	CELL	E-MAIL
----------	------	--------

LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME	CODICE FISCALE
----------------	----------------

INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	CAP
-----------	--------	-------	-----

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO F M
-----------------	------------------	-------	-----	-------------	--------------

COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC	RILASCIATO DA	DATA SCADENZA
---------------	-------------	----------------------------	--------	---------------	---------------

Programma Invalidità Permanente da Malattia

QUESTIONARIO SANITARIO

La completezza e veridicità delle notizie fornite dall'Assicurando costituiscono, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, presupposto essenziale per la validità ed efficacia del contratto di assicurazione

AGENZIA GENERALE DI

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO ASSICURANDO/A

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

PROFESSIONE

IMPORTANTE: per una maggiore comprensione delle informazioni e dei dati richiesti, legga le Note riportate nel presente questionario

1 Indicare: peso kg _____ altezza cm _____ pressione arteriosa abituale max _____ min _____

NOTE

queste informazioni sono rilevanti ai fini dell'anamnesi fisiologica, per consentire ad esempio di individuare eventuali disturbi del metabolismo

2 È portatore di malformazioni e/o difetti fisici? NO SI

Se sì, quali e da quanto tempo? _____

NOTE

ad esempio: deficit della vista e/o dell'udito, esiti di poliomielite, difetti cardiaci, ernie, sterilità, alluce valgo, ecc.

3 Ha sofferto di qualche malattia diversa da quelle esantematiche tipiche dell'infanzia? NO SI

Se sì, quali, quando e con che esiti? _____

NOTE

ad esempio: tumori, pleurite, infarto miocardico, ictus cerebrale, ulcera gastrica o duodenale, epatiti, calcolosi, nefriti, cistiti, artriti, malattie infettive diverse da quelle esantematiche dell'infanzia, lombosciatalgie, malattie ginecologiche, ecc. Le malattie esantematiche dell'infanzia, che non è necessario indicare, sono ad esempio morbillo, varicella, ecc.

4 Ha subito lesioni traumatiche? NO SI

Se sì, quali, quando e con quali esiti? _____

NOTE

ad esempio: fratture, distorsioni, lussazioni, lesioni tendinee o muscolari, traumi cranici, ecc.

5 È stato ricoverato (anche in regime di day-hospital), in Italia o all'estero, in ospedale, clinica, casa di cura, convalescenziario? NO SI

Se sì, dove, quando e per quali motivi? _____

NOTE
per ricovero si intende la permanenza con pernottamento in ospedale, clinica, casa di cura, convalescenziario. per day hospital degenza esclusivamente diurna

6 È stato sottoposto ad interventi chirurgici (compreso il parto con taglio cesareo)? NO SI

Se sì, quali, quando e per quali motivi? _____

NOTE
occorre indicare qualsiasi intervento chirurgico subito, anche se effettuato ambulatorialmente. Questa informazione completa quella fornita in base al precedente quesito

7 Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica? NO SI

Se sì, di che tipo e da quanto tempo? _____

NOTE
ad esempio: tumori, bronchite cronica, enfisema polmonare, tonsillite cronica, ipertensione arteriosa, cardiopatie, epatopatie, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi, nefropatie, ipertrofia prostatica, diabete, malattie delle ghiandole endocrine, vene varicose, emorroidi, artrosi, malattie reumatiche, malattie ginecologiche, malattie della pelle, ecc.

8 Fa uso abituale di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti, psicofarmaci? NO SI

Se sì, in quale misura e da quanto tempo? _____

NOTE
alcolismo e tossicodipendenza sono cause di inassicurabilità se presenti al momento della stipulazione del contratto. Sono causa di automatica cessazione dell'assicurazione se si manifestano in corso di contratto

9 Ha accusato negli ultimi cinque anni disturbi ricorrenti o cronici? NO SI

Se sì, quali e da quanto tempo? _____

NOTE
ad esempio: vertigini, dolori al torace, affanno, gonfiori agli arti inferiori, dolori addominali, vomito, difficoltà nei movimenti, tremori, perdita di peso, ecc.

10 Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie continuative o a cicli ripetuti? NO SI

Se sì, quali, quanto e per quali motivi? _____

NOTE
ad esempio: cure con farmaci, cure fisioterapiche, trattamenti riabilitativi, psicoterapia, dialisi, emotrasfusioni, terapie a base di emoderivati, terapie radianti, ecc.

11 Ha eseguito negli ultimi due anni: L'esame fornisce referto di normalità o patologico? (NO=normalità SI=patologico produrre doc.)

Accertamenti radiologici? NO SI - NO SI _____

Esami ecografici? NO SI - NO SI _____

Accertamenti T.A.C.? NO SI - NO SI _____

Risonanza magnetica nucleare? NO SI - NO SI _____

Esame del fondo dell'occhio? NO SI - NO SI _____

Altri esami? NO SI - NO SI _____

NOTE
oltre a quelli specificamente elencati, indicare altri eventuali esami quali, ad esempio: elettrocardiogrammi, endoscopie, esami istologici o citologici, esami immunologici, test per l'epatite, test per l'aids. La sieropositività hiv è causa di inassicurabilità se presente al momento della stipulazione del contratto. È causa di automatica cessazione dell'assicurazione se si manifesta in corso di contratto

12 È titolare di pensione di invalidità o ne ha presentato domanda? NO SI

Se sì, in quale anno e per quali motivi? _____

NOTE
i lavoratori dipendenti, nonché alcune categorie di lavoratori autonomi (piccoli coltivatori, artigiani, commercianti), hanno diritto a pensione di invalidità in caso di riduzione permanente delle capacità di lavoro, in occupazioni confacenti le proprie attitudini. Di norma costituisce requisito minimo la riduzione a meno di un terzo delle capacità lavorative (invalidità del 66,6%). Anche i lavoratori autonomi che esercitano una libera professione hanno diritto a pensione di invalidità con regole che variano in funzione della categoria professionale di appartenenza

13 Ha avuto in passato altre assicurazioni private malattia, non più in vigore? NO SI Annullata dall'assicuratore? NO SI

Se sì, quando, per quale motivo e precedente assicuratore? _____

NOTE
indicare eventuali assicurazioni private per malattia (rimborso spese sanitarie o diaria da ricovero) o per invalidità permanente da malattia, cessate anteriormente alla compilazione del questionario. Qualora annullate dal precedente assicuratore, specificarne quando e per quale motivo (ad esempio per sinistro).

14 Ha attualmente in corso assicurazioni private malattia? NO SI

Se sì, con quale assicuratore? _____

NOTE
indicare eventuali assicurazioni private per malattia (rimborso spese sanitarie o diaria da ricovero) o per invalidità permanente da malattia, attualmente in corso (se con Vittoria Assicurazioni, precisare il numero di polizza).

CAUSE DI INASSICURABILITÀ

Dichiaro di non risultare affetto da alcuna delle seguenti patologie: alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.

Dichiaro altresì di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

- inassicurabilità se preesistenti
 cessazione automatica della copertura contestualmente al loro manifestarsi nel corso del contratto.

Dichiaro che le risposte sopra date sono esatte e veritiere e ne assumo la piena responsabilità. Riconosco che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa. Prosciolgo dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che mi hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sono stato ricoverato o curato, ai quali l'Impresa volesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiaro di aver letto il contenuto delle note esplicative riportate nel presente questionario.

DATA

FIRMA DELL'ASSICURANDO/A (o chi ne esercita la patria potestà)

CONSENSO AL TRATTAMENTO AI FINI ASSICURATIVI DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa consegnatami e ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, consento il trattamento dei miei dati personali, sia comuni sia sensibili, nell'ambito e con i limiti indicati nell'informativa, a condizione che siano rispettate le disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO DEL RICHIEDENTE

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Attesto che sul presente modulo, redatto e firmato dall'Assicurando/a, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

FIRMA DELL'AGENTE

Programma Invalidità Permanente da Malattia

CAPITALI ASSICURATI SUI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

Indicare le categorie da assicurare ed i multipli di retribuzione:

CATEGORIA <input type="checkbox"/> DIRIGENTI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> QUADRI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> IMPIEGATI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA
CATEGORIA <input type="checkbox"/> OPERAI	GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	MULTIPLIO (DA INTENDERE FINO A...) _____ VOLTE LA RETRIBUZIONE ANNUA

Indicare il totale delle retribuzioni erogate per categoria nell'ultimo esercizio e la massima retribuzione erogata per singola categoria:

CATEGORIA DIRIGENTI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA QUADRI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA IMPIEGATI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE
CATEGORIA OPERAI	TOTALE RETRIBUZIONI ULTIMO ESERCIZIO	MASSIMA RETRIBUZIONE

LUOGO DATA

Programma Invalidità Permanente da Malattia

ELENCO ASSICURATI A CAPITALI FISSI

N. 01	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 02	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 03	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 04	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 05	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 06	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 07	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 08	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 09	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 10	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 11	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 12	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 13	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 14	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 15	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 16	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 17	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 18	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 19	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO
N. 20	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	QUALIFICA (*)	CAPITALE ASSICURATO

(*) D: Dirigenti – Q: Quadri – I: Impiegati – O: Operai

LUOGO	DATA
-------	------

Programma Invalidità Permanente da Malattia

DENUNCIA DI SINISTRO

DATI ASSOCIATO

AZIENDA ASSOCIATA

CATEGORIA

QUADRO

CATEGORIA

IMPIEGATO

CATEGORIA

OPERAIO

CATEGORIA

DIRIGENTE

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

COD. FISCALE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

BANCA

AGENZIA DI

N.

N. IBAN

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

DATA DIAGNOSI

DIAGNOSI RELATIVA ALLA MALATTIA INSORTA

L'ASSICURATO E' PORTATORE DI POSTUMI DI PREGRESSE MALATTIE GRAVI E PERMANENTI O INVALIDANTI?

 SI

 NO

IN CASO AFFERMATIVO, SPECIFICARE PATOLOGIA ED INVALIDITÀ RICONOSCIUTA

ALLEGATI ALLA PRESENTE DENUNCIA:

CERTIFICATO MEDICO

CARTELLA CLINICA

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE