

Mandato di Adesione alla Convenzione stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente
CONTRAENTE

| | | |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| Denominazione Sociale | | |
| € | | € |
| Rata mensile rendita | Data decorrenza | Importo premio |

ASSICURANDO

| | | | |
|-----------------|------------------|-------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Codice Fiscale | | Professione | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Indirizzo | | Comune | C.A.P. Provincia |
| E_mail | | | |

Il sottoscritto, con la firma del presente mandato, chiede l'adesione alla Polizza Collettiva e la conseguente attivazione di una copertura individuale sulla sua persona nei termini e nelle modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione. A tale scopo rilascia le seguenti informazioni e dichiarazioni.

L'ASSICURANDO DICHIARA:

- ✓ che nulla ha taciuto, omesso od alterato nelle risposte che seguono e che le informazioni date, essendo elementi fondamentali e necessari per l'esatta valutazione del rischio, sono assolutamente conformi al vero e ne assume la responsabilità anche se scritte da altri
- ✓ di prosciogliere dal segreto professionale e legale tanto i medici che possono averlo visitato e curato quanto tutte le altre persone o enti ai quali la Società dovesse rivolgersi in qualsiasi epoca per ottenere informazioni
- ✓ di dare l'assenso alla conclusione del contratto ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile
- ✓ di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente mandato di adesione, anche attraverso la collaborazione della Contraente, il set informativo relativo alla Convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A. e contenente i seguenti documenti:
 - il Dip Vita
 - il Dip Aggiuntivo Vita
 - le Condizioni di Assicurazione
- ✓ di aver ricevuto l'informativa al diritto di richiedere le credenziali per l'accesso all'area internet riservata
- ✓ di aver ricevuto e preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. Ue n. 2016/679 nonché di acconsentire al trattamento dei proprio dati personali, con particolare riferimento a quelli di categorie particolari relativi allo stato di salute, all'appartenenza ad associazioni anche a carattere sindacale, all'origine etnica e razziale, biometrici e giudiziari, svolto da Vittoria Assicurazioni S.p.A. per le finalità assicurative, con le modalità e nei termini di

cui alla predetta informativa, ivi comprese le comunicazioni effettuate nei confronti dei soggetti facenti parte della “catena assicurativa” e i trattamenti degli stessi effettuati, in qualità di titolari o responsabili, per adempiere alle menzionate finalità.

Luogo e data _____ **L'Assicurando** _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:

- A. LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE
- B. L'ASSICURANDO VERIFICA L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO
- C. L'ASSICURANDO PUO' RICHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA, CON COSTO A SUO CARICO, PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE

QUESTIONARIO SANITARIO

L'Assicurando dichiara di:

| | |
|--|---|
| 1. Soffrire o aver sofferto di una delle seguenti malattie cardiovascolari: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Se risposta SI: 1.1) Quali ? _____ 1.2) Quando ? _____ | |
| 2. Soffrire o aver sofferto di una delle seguenti malattie neurologiche: morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Se risposta SI: 2.1) Quali ? _____ 2.2) Quando ? _____ | |
| 3. Soffrire o aver sofferto di una delle seguenti malattie croniche: diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Se risposta SI: 3.1) Quali ? _____ 3.2) Quando ? _____ | |
| 4. Soffrire o aver sofferto di tumore maligno o cancro | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Se risposta SI: 4.1) Quali ? _____ 4.2) Quando ? _____ | |

| |
|---|
| <p>5. Beneficiare di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure di aver fatto richiesta per ottenerla. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se risposta SI:</p> <p>5.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario ? _____</p> <p>5.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario _____</p> |
| <p>6. Avere avuto riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10% oppure di averne già fatto richiesta. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se risposta SI:</p> <p>6.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di pensione di invalidità ? _____</p> <p>6.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di pensione di invalidità _____</p> |
| <p>7. Essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se risposta SI:</p> <p>7.1) Quali ? _____</p> <p>7.2) Quando ? _____</p> |
| <p>8. Essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se risposta SI:</p> <p>8.1) Quali ? _____</p> <p>8.2) Quando ? _____</p> |
| <p>9. Doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o ad essere ricoverato in ospedale. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se risposta SI:</p> <p>9.1) Quali ? _____</p> <p>9.2) Quando ? _____</p> |

Luogo e data _____ L'Assicurando _____