

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

Denominazione Sociale		
€		€
Capitale da assicurare	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 l'informativa al diritto di ricevere il set informativo contenente il Dip Vita, il Dip Aggiuntivo Vita e le Condizioni di Assicurazione relativo alla Convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A.
- ✓ 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

 Compilare per copertura temporanea di gruppo per il caso di **morte** e per la copertura **morte ed invalidità**

L'Assicurando dichiara che:

1. SVOLGE UNA DELLE SEGUENTI PROFESSIONI: AUTOTRASPORTATORE DI MATERIALE ESPLOSIVO, PIROTECNICO, ADDETTO A LAVORI IN POZZI, CAVE, GALLERIE O MINIERE, GAS E MATERIE VELENOSE, PALOMBARO, SOMMERGIBILISTA, PARACADUTISTA, MILITARE CHE PARTECIPA A MISSIONI ALL'ESTERO O APPARTENENTE A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PUBBLICA APPARTENENTI A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PRIVATA IN MISSIONI ALL'ESTERO, ADDETTI AD ORGANI DI INFORMAZIONE IN ATTIVITA' ALL'ESTERO ? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA INVIARE IL MODULO IN DIREZIONE UNITAMENTE AL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA PROFESSIONE)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. SVOLGE UNA ATTIVITA' SPORTIVA PERICOLOSA COME: ALPINISMO (OLTRE IL 3° GRADO UIAA), SCI ALPINISMO FUORI PISTA, BOBSLEIGH (GUIDOSLITTA), SKELETON (SLITTINO), IMMERSIONI SUBACQUEE CON AUTORESPIRATORE, SPELEOLOGIA, SALTI DAL TRAMPOLINO CON SCI O IDROSCI, GARE DI AUTOMOBILISMO E/O MOTOCICLISMO, MOTONAUTICA, PARACADUTISMO, PARAPENDIO, DELTAPLANO E ATTIVITA' AFFINI ? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA, INVIARE IL MODULO IN DIREZIONE UNITAMENTE AL QUESTIONARIO RELATIVO ALL'ATTIVITA' SPORTIVA)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. IL SUO PESO ESPRESSO IN CHIOGRAMMI SUPERA DI 15 LA PARTE DECIMALE DELLA SUA ALTEZZA ESPRESSA IN METRI ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:	
3.1) INDICARE IL VALORE DELLA STATURA ESPRESSA IN METRI _____	
3.2) INDICARE IL VALORE DEL PESO ESPRESSO IN CHIOGRAMMI _____	
3.3) SI E' SOTTOPOSTO AD ESAMI DI LABORATORIO PER CONTROLLARE L'ASSETTO LIPIDICO (COLESTEROLEMIA, GLICEMIA, TRIGLICERIDEMIA, HDL, ECC.) ? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA, INVIARE COPIA DEGLI ACCERTAMENTI EFFETTUATI)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.3.1) QUALI ? _____	
3.3.2) QUANDO ? _____	

4. LA SUA PRESSIONE ARTERIOSA E' SUPERIORE A 150 DI MASSIMA OD A 90 DI MINIMA ? SI NO

IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

4.1) E' IN TERAPIA CON ANTIPERTENSIVI ? SI NO

4.1.1) DA QUANTO TEMPO ? _____

4.1.2) INDICARE FARMACO ASSUNTO E IL DOSAGGIO GIORNALIERO

4.2) SI E' SOTTOPOSTO AD ESAMI ELETTROCARDIOGRAFICI O SIMILARI ? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA, INVIARE COPIA DEGLI ACCERTAMENTI EFFETTUATI) SI NO

5. SOFFRE O HA OFFERTO DI MALATTIE O MENOMAZIONI PSICOFISICHE, TALI DA ALTERARE IL NORMALE BUONO STATO DI SALUTE E PER LE QUALI SIA STATO RICOVERATO ? SI NO

IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

5.1) DI QUALE MALATTIA O MENOMAZIONE PSICOFISICA SOFFRE ? (INDICARE L'ESATTA DIAGNOSI)

5.1.1) INDICARE LA DATA DI INSORGENZA DELLA MALATTIA

5.1.2) INDICARE LE DATE DI EVENTUALI RICOVERI

5.1.3) TERAPIA SEGUITA

6. E' IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO PER MALATTIE CRONICHE ? SI NO

IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

6.1) INDICARE LA MALATTIA _____

6.1.1) DATA DI INSORGENZA _____

6.1.2) TIPO DI FARMACO ASSUNTO E IL DOSAGGIO GIORNALIERO _____

7. HA EFFETTUATO TEST PER EPATITE B, C O HIV CHE ABBIANO AVUTO ESITO POSITIVO ? SI NO

IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

7.1) A QUALE TEST SI E' SOTTOPOSTO ? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA, INVIARE COPIA DEI TEST EFFETTUATI ED EVENTUALI ALTRI ACCERTAMENTI)

7.1.1) QUANDO ? _____

7.1.2) PER QUALE MOTIVO ? _____

8. E' TITOLARE DI PENSIONE DI INVALIDITA' O STA PER AVVIARE UNA PROCEDURA DI RICHIESTA D'INVALIDITA' ? SI NO

IN CASO POSITIVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI:

8.1) PER QUALE PATOLOGIA E' STATA RICONOSCIUTA/RICHIESTA LA PENSIONE DI INVALIDITA' ?

8.2) INDICARE L'ANNO DI RICONOSCIMENTO/RICHIESTA DI PENSIONE DI INVALIDITA' ?

Luogo e data _____ L'Assicurando _____