

QUESTIONARIO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI DEGLI SPORTIVI

Contraente _____ INDIRIZZO _____

Città _____ cap _____ DATA DI NASCITA ____/____/____ luogo di nascita _____

ASSICURATO _____

INDIRIZZO _____ Città _____ cap _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ luogo di nascita _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____ SQUADRA _____ SERIE _____

INGAGGIO ANNUO _____

SOMME ASSICURATE:

A. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO EURO _____

B. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA EURO _____

C. MORTE DA INFORTUNIO EURO _____

PREMIO LORDO ANNUO _____

DECORRENZA ORE 24 DEL ____/____/____ SCADENZA ORE 24 DEL ____/____/____

Il proponente, a parziale deroga dell'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, richiede di poter usufruire della copertura immediata con decorrenza dalla data di effetto sopra riportata? SI NO Se richiesta la copertura immediata, con il presente modulo l'Assicurato si obbliga al versamento del premio quanto prima ed entro un limite massimo di 30 giorni dalla data di effetto riportata nel presente modulo, divenendo la presente impegnativa di pagamento nei confronti degli Assicuratori.

Firma _____

- E' attualmente assicurato per invalidità permanente da infortunio e/o malattia ? SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli _____

DETTAGLI MEDICI RELATIVI ALL'ASSICURATO

- E' in questo momento indenne da infortuni, malattie, o disturbi fisici, e pratica normalmente la sua attività di sportivo? SI NO

In caso negativo fornire i dettagli:

- Nel corso degli ultimi 12 mesi ha subito infortuni, malattie o disturbi fisici che Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori a 21 giorni consecutivi? SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha ragione di credere di avere bisogno di trattamenti medici o subire interventi chirurgici nel futuro ? SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha sofferto di disturbi per uno o più seguenti casi, oppure sta effettuando (o le sono stati prescritti) trattamenti medici ad essi relativi ?

Cuore, petto, sistema circolatorio e sistema respiratorio SI NO

Pressione del sangue o diabete SI NO

Sistema nervoso o problemi di natura nervosa SI NO

Reumatismi o artriti SI NO

Ernia..... SI NO

Vertigini..... SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli: _____

Firma contraente

firma assicurato (se diverso)

- Ha subito infortuni, oppure sofferto di disturbi, oppure ha subito intervento chirurgico ad una o più delle parti che seguono ?

Bacino, anche e inguine.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Coscia destra (incluso tendini del poplite).....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Coscia sinistra (incluso tendini del poplite)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ginocchio destro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ginocchio sinistro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Arto inferiore destro (incluso caviglia e tendine d'Achille) ...	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Arto inferiore sinistro (incluso caviglia e tendine d'Achille) ...	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Piede destro incluse le dita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Piede sinistro incluse le dita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Collo (vertebre cervicali)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spina dorsale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spalla destra o sinistra	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mano destra o sinistra inclusi i polsi e le dita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Braccio destro o sinistro incluso il gomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Se ha risposto SI ad uno o più punti, fornire dettagli (date, tipo intervento)

- Ha sofferto di altro tipo di operazioni chirurgiche o sofferto di altri infortuni o malattie? SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha mai sofferto di qualche patologia medica non menzionata in questo questionario proposta ? SI NO

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha mai sofferto di infortunio o malattia che può aver originato una richiesta di indennizzo sotto una sua polizza di assicurazione personale infortuni e/o malattia ? SI NO

In caso affermativo, fornire i dettagli ed indicare la percentuale di invalidità permanente senza tenere conto di eventuali franchigie e scoperti:

DICHIARAZIONE

Per quanto è di mia conoscenza, le informazioni contenute nel presente questionario sono vere e nessun fatto materiale è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto materiale autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura (per "fatto materiale" si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte degli Assicuratori). Sono altresì consapevole che gli Assicuratori determinano i termini e le condizioni della copertura sulla base delle informazioni contenute nel presente questionario, e che la firma dello stesso non mi impegna a sottoscrivere la copertura, né gli Assicuratori ad accettarla. Autorizzo la società All Risks Broker Srl (ISVAP/RUI sezione BROKER N° B000137405) e gli Assicuratori, al trattamento dei dati forniti nel presente questionario al fine di ottenere la copertura infortuni che ho richiesto. Dichiaro inoltre di aver ottenuto il certificato d'idoneità alla pratica dell'attività professionale sportiva dichiarata. Data ___/___/___ Firma (assicurato)_____ Firma (contraente)_____

INTERMEDIARIO (nome e cognome) _____

Iscritto nella sezione ___ del R.U.I. al numero d'iscrizione _____ Firma _____