

SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA PER IL CASO MORTE

Convenzione n. 1104183 Unipol Assicurazioni S.p.A – Direzione Area Broker Roma cod. 0074/40423
(prima della sottoscrizione, si raccomanda all'Assicurando di verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Cognome e Nome: C.F.
Luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa)
Domicilio: Città/Cap indirizzo
Professione:
Capitale da assicurare: come da piano Decorrenza dell'assicurazione: come da Regolamento
Beneficiari:

(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)

il sottoscritto dichiara di conoscere le condizioni di cui alla Convenzione n. 1104183 stipulata tra Unipol Assicurazioni S.p.A. e GALENO Soc. Mutua Coop./ FSI, nonché di aver ricevuto dal Contraente le relative Condizioni regolanti l'assicurazione, e acconsente all'assicurazione medesima, a norma del disposto dell'art. 1919 del Codice Civile, a cui aderisce mediante la sottoscrizione della presente scheda.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali) e del Regolamento UE 679/2016, preso atto dell'Informativa riportata all'Art. 13 del regolamento Norme generali e dell'informativa ricevuta da Unipol Assicurazioni S.p.A., qui allegata, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute, particolari e sensibili.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

PRESENZA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: **patologie cardiovascolari quali infarto miocardico, Ictus, Trombosi, Aneurisma vascolare; Tumori maligni; patologie neurologiche quali Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, Sclerosi multipla, esiti Poliomielite; patologie autoimmuni quali Lupus eritematoso, Sclerodermia, Sindrome di Sjogren;** **SI** **NO**

CAPITALE COMPLESSIVAMENTE SUPERIORE A 85.000 euro **SI** **NO**

Se ha risposto SI ad almeno una delle due domande precedenti compili il questionario di seguito riportato.

Al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione del rischio, da parte della Compagnia, relativo alla presente assicurazione, a norma del disposto degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

AVVERTENZE

Dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono, da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e, in ogni caso, al momento della compilazione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive, il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni stesse;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando

- 1) Ha sofferto o soffre attualmente di malattie (tra cui eventuali patologie sopraindicate), alterazioni morbose o menomazioni fisiche tali da alterare il buono stato di salute?

SI NO se SI compilare il seguente riquadro

Descrizione evento	Anno	Ricovero	Intervento chirurgico (descrizione)	Postumi (descrizione)

- 2) Negli ultimi 5 anni ha consultato medici? **SI** **NO**
Se SI, indicare motivo, anno ed esito
- 3) Indicare Peso: Kg Altezza: cm Valori pressori: min. max.
- 4) Pratica sport o attività pericolose? **SI** **NO** se SI, quali?
- 5) Gode di pensione di invalidità o ne ha fatto richiesta? **SI** **NO** Grado Data richiesta
- 6) Chi è il Suo medico curante o di famiglia? (Nome, Cognome e recapito)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi sei mesi, per malattia o infortunio, per più di trenta giorni. In caso contrario, dichiara di aver sofferto di con esito

Il sottoscritto dichiara, altresì, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, Ospedali, Case di cura ed Istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) L' Assicurando