

# 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