|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONARIO**  **INFORTUNI**  Convenzione per     |  | | --- | | **CRISTIANA PASQUINI**  Sales Account | **Anthea S.p.A.**  +39 333 7308444  [pasquini@antheabroker.it](mailto:pasquini@antheabroker.it) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Inserisci Data |  | Compilato da: | ... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contraente | ... | | | | |
| Indirizzo | ... | | | | |
| Comune | ... | CAP | ... | Prov. | ... |
| Codice Fiscale/Partita Iva | ... | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Relazione con la persona da assicurare |  |

Specificare periodo di copertura richiesto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| da | Inserisci Data | a | Inserisci Data |

**Garanzie Somme Assicurate richieste**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Garanzia** |  | **Somme assicurate** |
| Morte da infortunio | SI  NO | € ... |
| Invalidità Permanente da Infortunio | SI  NO | € ... |
| Invalidità Permanente da Malattia | SI  NO | € ... |
| Inabilità Temporanea da Infortunio | SI  NO | € ... |
| Diaria da ricovero da infortunio | SI  NO | € ... |
| Diaria da ingessatura | SI  NO | € ... |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | SI  NO | € ... |

**Le seguenti domande riguardano l’Assicurato**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome cognome | ... | | | | | | | | |
| Indirizzo | ... | | | | | | | | |
| ... |  | | | CAP | ... | | Prov. | | ... |
| Codice Fiscale | ... | | | | | | | | |
| Data di nascita | Inserisci Data | Peso in Kg | ... | | | Altezza in cm | | ... | |
| Occupazione  (specificare se più di una) | ... | | | | | | | | |

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario.

|  |  |
| --- | --- |
| Soffrite di difetto alla vista o all’udito? | SI  NO |
| In caso positivo fornire dettagli: | ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Guidate moto? | SI  NO |
| In caso positivo, fornire modello e cilindrata: | ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero o con voli non di linea? | SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| Volo a vela o paracadutismo? | SI  NO |
| In caso positivo, fornire dettagli: | ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Immersioni subacquee con respiratore? | SI  NO |
| In caso positivo, indicare la profondità | ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Attività equestre? | SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione? | SI  NO |
| In caso positivo, fornire dettagli: | ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio? | ... |

Quali infortuni e/o patologie Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni o Vi abbiano richiesto visite/o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?

|  |
| --- |
| ... |

Siete attualmente assicurato per infortuni? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali:

|  |
| --- |
| ... |

Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?

*In caso positivo fornire dettagli:*

|  |
| --- |
| ... |

**DICHIARAZIONE**

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto 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 dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna nè a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

Confermo di accettare e di aver preso visione dell'informativa privacy, consultabile all'indirizzo <https://www.antheabroker.it/wp-content/uploads/2021/02/Modello-Privacy.pdf>

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data: ... , Inserisci Data | Firma della Persona da assicurare  ... |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data: ... , Inserisci Data | Firma della Proponente *(se richiesta)*  ... |