

QUESTIONARIO SANITARIO PER L'ASSICURAZIONE WHITE COLLARS

Dati Anagrafici

Cognome e Nome: Data di nascita/...../.....

Sesso: M F Codice fiscale: Dipendente di (*):

(*): indicare il Contraente del contratto collettivo o l'Azienda associata.

Con la qualifica di

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

QUESTIONARIO SANITARIO

(barrare SI' o NO)

1. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche? SI NO

Se SI, indicare:

quali

epoca e durata

quale terapia segue o ha seguito

2. Si sono verificati nella Sua famiglia (genitori, fratelli o sorelle): tumori maligni, malattie cardiache, ictus, ipertensione giovanile, gotta, dislipidemie, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie?

Se SI, indicare:

la patologia SI NO

il grado di parentela

l'epoca e la durata

le conseguenze

3. Si è mai sottoposto a visite specialistiche, esami clinici o accertamenti diagnostici che abbiano rivelato situazioni anormali? (es. elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine, test HIV, marker epatite, altri) SI NO

Se SI, indicare:

quali

4. E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotipici oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? SI NO

Se SI, indicare:

quando

motivo

durata

esito

(NON indicare ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emiectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia)

5. Indicare peso ed altezza: **Peso** kg. **Altezza** cm.

6. Chi è il Suo medico curante o abituale (precisare nominativo e indirizzo)?

.....

Se ha risposto affermativamente ad uno dei punti da 1 a 4 rispondere alla seguente domanda):

	SI	NO
--	-----------	-----------

Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni?
Se SI, indicare:
 quali (nominativo e indirizzo)

.....

quando e per quali motivi

.....

7. E' o è stato titolare di pensione d'invalidità o ha in corso pratiche per il suo riconoscimento presso l'Ente di previdenza obbligatoria di appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi? **SI** **NO**
Se SI, indicare:
 il grado di invalidità

.....

l'Ente e la data di riconoscimento o della richiesta

.....

	SI	NO
--	-----------	-----------

8. Fuma o ha mai fumato più di 20 sigarette al giorno?
Se SI, indicare la quantità giornaliera e il periodo

.....

Attività sportive dell'assicurando (barrare la casella in caso affermativo)

1) Nessuna attività sportiva.

2) Sci, tennis, ciclismo in forma non agonistica, caccia, pesca, nuoto, calcio (senza iscrizione alla FIGC e senza partecipazione a tornei), escursionismo alpino, footing, tutti esercitati in forma dilettantistica.

3) Alpinismo di qualsiasi grado purchè non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con aut-respiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli.

4) Ciclismo agonistico.

5) Volo con deltaplano non a motore o parapendio.

6) Altro (precisare dettagliatamente)

Le attività 1) e 2) non comportano pagamento di sovrappremi

Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base del quale verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;

- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;

- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;

- dichiara infine di aver preso conoscenza che, in caso di decesso dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero a patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato se: a) il sinistro avviene nei primi 5 anni di polizza per i contratti assunti senza visita medica; b) il sinistro avviene nei primi 7 anni di polizza nel caso in cui l'Assicurato, pur in presenza di una visita medica, non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio, per la stipulazione della polizza.

Firma dell'Assicurando

Luogo e data

.....

ALLEGATO V

Contratto n.

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi(1) (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi(2), saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa(3).

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero(4). I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY/100/05

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2016