

## DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Le risposte del presente questionario sono obbligatorie. Rispondere SI o NO ad ogni domanda  
(In caso di mancata compilazione vale quanto disposto dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione)

Cognome e Nome .....

Data e Luogo di Nascita .....

Indirizzo .....

Peso kg ..... Altezza cm .....

- 1) La sua pressione arteriosa è superiore a 140/90? SI  NO
- 2) Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario  
in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SI  NO
- 3) Le viene o Le è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore o uguale  
al 10% oppure ha già fatto richiesta per la pensione di invalidità? SI  NO
- 4) È stato ricoverato, negli ultimi 5 anni, almeno 5 giorni consecutivi per un motivo  
diverso da appendicectomia, varicectomia o emorroidectomia? SI  NO
- 5) È stato sottoposto negli ultimi 5 anni a terapie di durata superiore a 3 settimane  
per affezioni diverse da malattie tiroidee, menopausa, ipercolesterolemia o ipertensione? SI  NO
- 6) Deve sottoporsi a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico,  
ad un intervento chirurgico o essere ricoverato in ospedale? SI  NO
- 7) Sta soffrendo o ha sofferto di patologia:
- neurologica (alzheimer, parkinson, sclerosi, paralisi,...); SI  NO
  - cardiovascolare (incidente cardiovascolare, infarto, malattie delle arterie,...); SI  NO
  - tumore maligno o cancro; SI  NO
  - malattia cronica (respiratoria, artrite); SI  NO
  - malattie alla spina dorsale. SI  NO
- 8) Dichiaro di essere esposto a rischi particolari nell'esercizio della propria professione  
(quali le professioni che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi,  
esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere,  
cave, pozzi e stive, ecc.). SI  NO

In caso di risposta positiva, specificare l'attività professionale esercitata

- 9) Dichiaro di praticare sport attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio (quale pilotaggio aereo, elicottero  
parapendio deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motonautica motorismo, pugilato ed attività analoghe). SI  NO

In caso di risposta positiva, specificare lo/gli sport pericoloso/praticato/i

Il sottoscritto Assicurando con l'apposizione della firma in calce:

- dichiara, ai sensi degli Artt. 1892-1893 del C.C., che le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e  
dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere ulteriori  
informazioni che giudicherà necessarie
- dichiara 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 l'Assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni  
siano dall'Assicuratore stesso comunicate ad altre persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo ..... data ...../...../.....

L'Assicurando

.....

---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE:**

L'Assicurando presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e di post vendita per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del Contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

L'Assicurando

.....  
(Firma)