

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

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurando dichiara di essere in buono stato di salute e:

- 1) **Dichiara di non essere dimagrito** involontariamente negli ultimi 2 anni **e di non essere in stato di sovrappeso** (come da Tabella Indice di Massa Corporea, predisposta dalla Compagnia)? SI NO
- 2) **Dichiara di non essere stato ricoverato in ospedale o in casa di cura** negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia, chirurgia estetica, parto)? SI NO
- 3) **Dichiara di non soffrire e di non aver sofferto negli ultimi 5 anni, di malattie per cui è stata necessaria una cura farmacologica** continuativa di oltre 21 giorni? SI NO
- 4) **Dichiara di non essere titolare di una pensione d'invalidità** superiore al 20% per infortunio o malattia? SI NO
- 5) **Dichiara di non prevedere di doversi sottoporre ad interventi chirurgici o accertamenti sanitari** nei prossimi 6 mesi? SI NO
- 6) **Dichiara di non essere mai risultato positivo ad un test HIV?** SI NO
- 7) **Dichiara di non aver mai fatto uso, a fini non terapeutici, di sostanze allucinogene o stupefacenti?** SI NO

Qualora abbia dato almeno una risposta negativa alle domande dalla 1 alla 7 si rimanda alla compilazione del Rapporto di Visita Medica.

- 8) **Dichiara di non essere esposto a rischi particolari nell'esercizio della propria professione** (quali le professioni che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.)? SI NO

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

- 9) **Dichiara di non praticare sport pericolosi** (quali pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)? SI NO

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

Qualora abbia dato almeno una risposta negativa alle domande 8 e 9 l'Assicurando dovrà compilare i questionari sulle attività sportive e/o sulle professioni inviati dalla Compagnia.

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti AVVERTENZE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (Artt. 1892 - 1893 Cod. Civ.);
- b) prima della sottoscrizione del questionario "Dichiarazione di buono stato di salute" l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Poste Vita S.p.A., l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, a proprie spese.

Il Contraente

L'Assicurando
(se diverso dal Contraente)

.....

.....

Il sottoscritto Assicurando, con l'apposizione della firma in calce, 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 necessita 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)