

**GENERALI SEI IN SALUTE
ALTA PROTEZIONE
Mod. QM74 - QUESTIONARIO**

POLIZZA N°

Dichiarazioni dell'Assicurato:

Sesso: _____ Data di nascita: _____ Altezza in m.: _____ Peso in chili: _____

Fumatore/Non fumatore: per non fumatore deve intendersi la persona che non abbia fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non abbia dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica. Fumatore Non fumatore

- 1) **È mai stato/a ricoverato in ospedale, istituto di cura fatta eccezione per appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, parto o per infortuni avvenuti da oltre 5 anni?** In caso di risposta affermativa indicare quando, per quale motivo, l'eventuale intervento chirurgico o l'eventuale immobilizzazione gessata subita ed i relativi esiti e conseguenze. **SI/NO**
- 2) **È affetto/a da imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?** (ad esempio: deviazioni del setto nasale, miopia con oltre 5 diottrie di correzione, strabismo, sordità, scoliosi, ecc.) In caso di risposta affermativa indicare quali e da quando. **SI/NO**
- 3) **Ha mai subito traumi o infortuni anche se accaduti da oltre 5 anni dai quali siano derivati postumi invalidanti?** (ad esempio: sportivi, sul lavoro, per incidenti stradali, ecc.) In caso di risposta affermativa indicare quando, la parte colpita ed i relativi esiti. **SI/NO**
- 4) **Ha goduto/gode di indennizzi a titolo di invalidità o della qualifica di invalido/a?** In caso di risposta affermativa indicare quando e per quali ragioni. **SI/NO**
- 5) **Ha sofferto in passato di altre malattie che, pur non avendo dato luogo a ricovero ospedaliero, abbiano richiesto analisi, esami diagnostici e/o visite specialistiche volti all'accertamento e/o controllo delle stesse?** In caso di risposta affermativa indicare quali, quando ed i relativi esiti o conseguenze. **SI/NO**
- 6) **Le risulta di essere attualmente affetto/a da qualche malattia?** In caso di risposta affermativa indicare quali, da quando e con quali conseguenze. **SI/NO**
- 7) **Assume o ha assunto negli ultimi due anni medicine in via continuativa?** In caso di risposta affermativa indicarne il nome e da quando. **SI/NO**
- 8) **È stato/a dichiarato/a non idoneo/a al servizio o arruolamento militare?** In caso di risposta affermativa o di congedo anticipato indicarne le ragioni e quando. **SI/NO**

9) Ad integrazione delle precedenti risposte, soffre o ha sofferto di una delle lesioni o malattie contenute nel seguente elenco?

SI/NO

<input type="checkbox"/> Alluce valgo	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Flebiti	<input type="checkbox"/> Otite cronica
<input type="checkbox"/> Artrosi dell'anca	<input type="checkbox"/> Distacco della retina	<input type="checkbox"/> Glaucomi	<input type="checkbox"/> Periartrite della spalla
<input type="checkbox"/> Artrosi del ginocchio	<input type="checkbox"/> Diverticoli dell'intestino	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Polipi alle corde vocali
<input type="checkbox"/> Artrosi diffusa	<input type="checkbox"/> Emorroidi	<input type="checkbox"/> Ipertrofia prostatica	<input type="checkbox"/> Sciatica
<input type="checkbox"/> Calcoli della colecisti	<input type="checkbox"/> Epatite virale	<input type="checkbox"/> Lesioni legamenti ginocchio	<input type="checkbox"/> Sindrome tunnel carpale
<input type="checkbox"/> Calcoli del fegato	<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Lombosciatalgia	<input type="checkbox"/> Ulcera duodenale
<input type="checkbox"/> Calcoli renali	<input type="checkbox"/> Ernie del disco	<input type="checkbox"/> Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Ulcera gastrica
<input type="checkbox"/> Cataratta	<input type="checkbox"/> Ernie addominali	<input type="checkbox"/> Mastopatie	<input type="checkbox"/> Varicocele
<input type="checkbox"/> Cisti ovariche	<input type="checkbox"/> Fibromi uterini	<input type="checkbox"/> Meniscopatie	<input type="checkbox"/> Vene varicose

CAUSE DI INASSICURABILITÀ

L'Assicurato dichiara di non essere affetto da alcuna delle seguenti patologie: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV. Dichiara altresì di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

- Inassicurabilità se presenti attualmente;
- Cessazione automatica dell'assicurazione contestualmente al loro manifestarsi in corso di contratto.

L'Assicurato prende atto che il presente documento costituisce elemento essenziale per la valutazione del rischio ed, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, è preso a fondamento per la stipulazione della polizza di cui forma parte integrante.

Si raccomanda all'Assicurato di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel presente modello prima della loro sottoscrizione.

L'Assicurato

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 i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi (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, 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.

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. 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 - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - 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.

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