

Domande obbligatorie sulla persona da assicurare. Le risposte che non si vogliono comunicare qui o che avete già comunicato all'intermediario e non riportate, vanno notificate all'assicuratore per iscritto mediante lettera raccomandata entro il termine di una settimana. L'assicuratore non è a conoscenza di informazioni comunicate direttamente all'intermediario ma non riportate qui. Tale omissione rappresenta pertanto una violazione dell'obbligo di notifica.

Contraente:

Pesona assicurata:

Numero di contratto:

Professione Attività lavorativa esercitata: Grado di occupazione % Altezza cm Peso kg

1. Siete già in possesso con altre società assicurative di una polizza sulla vita o per una pensione d'invalidità o ne ho fatto al contempo richiesta? In caso affermativo, indicare la società, il tipo e l'importo dell'assicurazione oltre alla data della richiesta.

Sì no

2. Altre società hanno rifiutato, accantonato o accettato soltanto con maggiorazioni (ad es. supplemento sul premio, frazionamento o clausola limitativa) richieste di assicurazione sulla vita o per incapacità al guadagno? In caso affermativo, indicare la società, la data della richiesta e il tipo di maggiorazioni.

Sì no

3. Nella attività lavorativa o nel tempo libero siete esposti a pericoli particolari? (Ad es. contatto con sostanze pericolose, soggiorno prolungato in paesi fuori dall'Unione Europea, pratica di discipline sportive pericolose come ad. es. motoristica, vela o deltaplano, paracadutismo, immersioni, alpinismo, lotta, partecipazione a gare) o esercitate altre discipline sportive regolarmente o agonisticamente? In caso affermativo, vi preghiamo di specificare (eventualmente utilizzare il questionario complementare)

Sì no

Le patologie o le disfunzioni indicate nella parentesi sottoindicata non si intendono come esaustive bensì fungono da esempio per possibili patologie per i rispettivi organi!

4. Negli ultimi 10 anni avete sofferto o soffrite di patologie, disturbi funzionali o scompensi del sistema cardiocircolatorio o vascolare (ad es. ipertensione, infarto cardiaco, ictus), del cervello (ad es. emicrania), del sangue (ad es. disturbi della coagulazione) degli organi respiratori (ad es. asma), dell'udito, della vista (ad es. disturbi visivi), della laringe, della tiroide, del pancreas, della milza, del fegato (ad es. epatite), dei reni, delle vie urinarie e degli organi sessuali, della prostata, dell'esofago, dello stomaco, dell'intestino (ad es. morbo di Chron, colite ulcerosa), del sistema nervoso o della psiche (ad es. convulsioni, sclerosi multipla, depressioni), dell'apparato scheletrico o motorio (colonna vertebrale, dischi vertebrali, ossa, muscoli, tendini, articolazioni), della pelle (ad es. neurodermite) o vi sono stati diagnosticati patologie tumorali (ad es. cancro), diabete, allergie, patologie reumatiche (ad es. artrite cronica), avvelenamenti, infezioni, alti livelli glicemici (ad es. colesterolo) o alti valori epatici? Se la domanda è stata risposta con un „sì“ vi chiediamo di specificare (utilizzare formulario complementare) Chiarimento alla domanda 4 da Lei risposta con „sì“

Tipo di patologia, disturbo o disfunzione	Periodo	Guarito senza conseguenze? Sì / No	Chi è il medico curante? / Presso quale ospedale? Nome e indirizzo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> no
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Soffrite di patologie croniche o handicap fisici/mentali? In caso affermativo, vi preghiamo di specificarne il tipo (p.e. disabilità congenite, malformazioni, conseguenze di operazioni, infezioni o incidenti, amputazioni)? In caso affermativo, La preghiamo di darci ulteriori informazioni.

Sì no

6. Assumete attualmente o avete assunto negli ultimi 10 anni più volte o con regolarità medicinali, sonniferi o tranquillanti? In caso affermativo, quando e per quale motivo?

Sì no

7. Negli ultimi 10 anni avete subito operazioni, ricoveri in ospedale o case di cura, sono previsti o sono stati raccomandati? In caso affermativo, quando e per quale motivo?

Sì no

8. Percepito o avete percepito una pensione d'invalidità o ne avete fatto richiesta? In caso affermativo, vi preghiamo di specificare (ad es. motivo e grado d'invalidità così come importo della pensione).

Sì no

9. Negli ultimi 10 anni siete stati oggetto di trattamenti o consulenze d'invalidità così come importo della pensione consumo di sostanze psicotrope (ad es. alcol) o stupefacenti e / o droghe? In caso affermativo, per quale motivo e in quale periodo?

Sì no

10. Negli ultimi 10 anni avete fumato sigarette, sigari o altro? In caso affermativo, cosa di preciso con quale frequenza?

Sì no

11. Vi è stata diagnosticata un'infezione HIV (test AIDS positivo)? Quale medico, terapeuta, specialista (ad es. naturopata) può fornire le migliori informazioni sulle vostre condizioni di salute? Si prega di indicare nome e indirizzo.

Sì no

Luogo, Data Firma del Contraente assicurativo Firma della persona assicurata (se non identico al contraente)