

QUESTIONARIO PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI DEGLI SPORTIVI

CONTRAENTE _____
 INDIRIZZO _____
 DATA DI NASCITA ___/___/___ CODICE FISCALE _____

ASSICURATO _____
 INDIRIZZO _____
 DATA DI NASCITA ___/___/___ CODICE FISCALE _____
 PROFESSIONE _____ SQUADRA _____ SERIE _____
 INGAGGIO ANNUO _____

SOMME ASSICURATE:

A. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO EURO _____
 B. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA EURO _____
 C. MORTE DA INFORTUNIO EURO _____

PREMIO LORDO ANNUO _____
 DECORRENZA ORE 24 DEL ___/___/___ SCADENZA ORE 24 DEL ___/___/___

- E' attualmente assicurato per invalidità permanente da infortunio e/o malattia ?

In caso affermativo fornire i dettagli:

DETTAGLI MEDICI RELATIVI ALL'ASSICURATO

- E' in questo momento indenne da infortuni, malattie, o disturbi fisici, e pratica normalmente la sua attività di sportivo ?

In caso negativo fornire i dettagli:

- Nel corso degli ultimi 12 mesi ha subito infortuni, malattie o disturbi fisici che Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori a 21 giorni consecutivi?

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha ragione di credere di avere bisogno di trattamenti medici o subire interventi chirurgici nel futuro ?

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha sofferto di disturbi per uno o più seguenti casi, oppure sta effettuando (o le sono stati prescritti) trattamenti medici ad essi relativi ?

Cuore, petto, sistema circolatorio e sistema respiratorio ...	SI	NO
Pressione del sangue o diabete	SI	NO
Sistema nervoso o problemi di natura nervosa	SI	NO
Reumatismi o artriti	SI	NO
Ernia.....	SI	NO
Vertigini.....	SI	NO

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha subito infortuni, oppure sofferto di disturbi, oppure ha subito intervento chirurgico ad una o più delle parti che seguono ?

Bacino, anche e inguine.....	SI	NO
Coscia destra (incluso tendini del poplite).....	SI	NO
Coscia sinistra (incluso tendini del poplite)	SI	NO
Ginocchio destro	SI	NO
Ginocchio sinistro	SI	NO
Arto inferiore destro (incluso caviglia e tendine d'Achille)	SI	NO
Arto inferiore sinistro (incluso caviglia e tendine d'Achille)	SI	NO
Piede destro incluse le dita	SI	NO
Piede sinistro incluse le dita	SI	NO
Collo (vertebre cervicali)	SI	NO
Spina dorsale	SI	NO
Spalla destra o sinistra	SI	NO
Mano destra o sinistra inclusi i polsi e le dita	SI	NO
Braccio destro o sinistro incluso il gomito	SI	NO

Se ha risposto **SI** ad uno o più punti, fornire dettagli (date, tipo intervento)

- Ha sofferto di altro tipo di operazioni chirurgiche o sofferto di altri infortuni o malattie?

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha mai sofferto di qualche patologia medica non menzionata in questo questionario proposta ?

In caso affermativo fornire i dettagli:

- Ha mai sofferto di infortunio o malattia che può aver originato una richiesta di indennizzo sotto una sua polizza di assicurazione personale infortuni e/o malattia ?

In caso affermativo, fornire i dettagli ed indicare la percentuale di invalidità permanente senza tenere conto di eventuali franchigie e scoperti:

DICHIARAZIONE

Per quanto è di mia conoscenza, le informazioni contenute nel presente questionario sono vere e nessun fatto materiale è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto materiale autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura (per "fatto materiale" si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte degli Assicuratori). Sono altresì consapevole che gli Assicuratori determinano i termini e le condizioni della copertura sulla base delle informazioni contenute nel presente questionario, e che la firma dello stesso non mi impegna a sottoscrivere la copertura, né gli Assicuratori ad accettarla. Autorizzo la società **All Risks Broker Srl** (R.U.I. sezione BROKER N° B000137405) e gli Assicuratori, al trattamento dei dati forniti nel presente questionario al fine di ottenere la copertura infortuni che ho richiesto. Dichiaro inoltre di aver ottenuto il certificato d'idoneità alla pratica dell'attività professionale sportiva dichiarata.

Data _____ / _____ / _____ Firma _____