

PROPOSTA PER CALCIATORI PROFESSIONISTI PER UNIPOLSAI

QUESTIONARIO ANAMENSTICO ALLEGATO ALLA POLIZZA PRODOTTO 1031

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

ASSICURATO _____
DOMICILIO _____
DATA DI NASCITA ___/___/___ CODICE FISCALE _____
SOCIETA' D'APPARTENENZA _____ SERIE _____
INGAGGIO ANNUO _____

SOMME ASSICURATE:

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

QUESTIONARIO SANITARIO: dichiarazione dell'Assicurato relativo al proprio stato di salute:

1) E' a conoscenza di essere affetto da malattie in atto o da difetti fisici o infortuni? SI NO
In caso affermativo, sta praticando trattamenti terapeutici e di che tipo?

2) In passato è stato ricoverato, con o senza intervento chirurgico? SI NO
In caso affermativo, sta praticando trattamenti terapeutici e di che tipo?

Percentuale invalidante dell'infortunio sofferto:

3) Ha subito infortuni? In caso affermativo, quando e con quali postumi? SI NO

4) Ha in corso altre polizze per lo stesso rischio? SI NO
a) se SI con quali Compagnie e per quali valori?

b) le ha avute ed in seguito son state annullate? SI NO
In caso affermativo con quali compagnie e per quale motivo sono state annullate?

Il sottoscritto è consapevole che il presente modello forma parte integrante della polizza di cui sopra e che le notizie fornite con il questionario sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima.

Dichiara pertanto ai sensi degli art. 1892; 1893; 1894; c.c. che le risposte sono complete e veritiere.

Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitare l'assicurato.

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 _____