

CONVENZIONE INFORTUNI NR. 900.006.184 COMPAGNIA AXA ASSICURAZIONI SPA

**NUOVE ADESIONI E RINNOVI CON O SENZA MODIFICHE DEI CAPITALI ASSICURATI PERIODO
31/05/2026-31/05/2027**

Allegato nr. 2

QUESTIONARIO PER L'INSERIMENTO DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

PERSONA ASSICURATA _____ DATA DI NASCITA _____

Ha mai subito infortuni?	NO	Sì	Quando e con quali conseguenze: _____ _____
Ha mai avuto in passato malattie di importanza e/o ricoveri con o senza intervento chirurgico?	NO	Sì	Quando, per quale malattia e con quale esito: _____ _____
Ha attualmente qualche malattia minorazione funzionale imperfezione fisica?	NO	Sì	Da quando o di che tipo? _____ _____
Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per motivi di salute la Sua attività lavorativa per oltre quattro settimane?	NO	Sì	Quando e per quali malattie: _____ _____
Sta praticando qualche trattamento terapeutico?	NO	Sì	Da quando, di che tipo e per quale malattia o disturbo? _____ _____
Si è sottoposto a visite mediche ultimi 6 mesi?	NO	Sì	Quale diagnosi è stata formulata? _____ _____
Ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio o le ha avute ed in seguito, sono state annullate o tale copertura è stata rifiutata?	NO	Sì	Dettagliare _____ _____

Dichiaro che le risposte sopra date sono esatte e veritiere e ne assumo la piena responsabilità. Riconosco che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore. Prosciolgo dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che mi hanno visitato o curato, gli enti presso i quali sono stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni. Acconsento altresì, letta l'informativa privacy allegata, che i dati particolari sopra indicati siano, ai soli fini assicurativi e riassicurativi, comunicati agli enti assicuratori da parte del titolare Howden Spa.

Data,

Firma