Studio Marketing & Services srl
Centro Servizi Assicurativi
Piazzale del Mutilato, 3 36100 Vicenza
Tel. 0444 325656 fax 0444 323565
info@smsassicurazioni.it

UnipolSai ASSICURAZIONI

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ADESIONE ALLA POLIZZA "RIMBORSO SPESE DI CURA PER RICOVERI DA MALATTIA O INFORTUNIO"

- **Dichiarazioni dell'Assicurato:** (da compilare per ogni persona componente il nucleo famigliare)

Signor/a _____ C. F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(cognome e nome)

Nato il ____/____/____ Residente : _____
giorno mese anno via n. cap città

☐ Capo Famiglia o ☐ Famigliare di: _____

1. Stato Fisico

A) E' attualmente affetto da qualche malattia o Handicap psicofisico? ☐ **NO** ☐ **SI** (In questo caso indicare data, natura e causa)

B) Ha mai sofferto in passato di malattie gravi o permanenti? ☐ **NO** ☐ **SI** (in questo caso indicare data, natura e causa)

C) Ha mai subito traumi con postumi invalidanti? ☐ **NO** ☐ **SI** (In questo caso indicare data, natura e causa)

D) E' mai stato ricoverato in case di cura, cliniche; ospedali? ☐ **NO** ☐ **SI** (In questo caso indicare data, natura e causa)

E) Ha effettuato negli ultimi 12 mesi accertamenti diagnostici? ☐ **NO** ☐ **SI** (In questo caso indicare data, natura e causa)

2. Precedenti Aassicurativi

F) Ci sono altre assicurazioni sanitarie in corso o annullate? ☐ **NO** ☐ **SI** (allegare copia di polizza se in corso o indicare il motivo dell'annullamento)

Il presente questionario formerà parte integrante della suindicata polizza ed ha valore i sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 del Codice Civile. Le mancate od inesatte dichiarazioni rese possono provocare la perdita al diritto d'indennizzo ed il conseguente annullamento del contratto.

- **Trattamento dei dati per finalità assicurative**

Ai sensi della legge 196:2003 Tutela della privacy – art.13 la informiamo che i suoi dati verranno archiviati nel nostro archivio a saranno utilizzati dalla nostra società e da nostri professionisti esclusivamente per fini commerciali, contabili ed amministrativi ed in generale per soddisfare tutti gli obblighi previsti dalle normative vigenti.
Relativamente ai dati medesimi potrete esercitare i diritti previsti dall'art.7 del D:Lgs. N°196/2003 nei limiti ed alle condizioni previsti dagli articoli 8,9 e 10 del citato decreto legislativo in merito al diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica e all'opposizione dell'utilizzo degli stessi.

↘

Vicenza, _____ _____
(Firma dell'assicurato o del capofamiglia per i minori)