
Dichiarazione sullo stato di salute

Cognome, Nome	<input type="text"/>
N. assicurazione sociale	<input type="text"/>
Professione	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> <input type="radio"/> maschile <input type="radio"/> femminile
Datore di lavoro	<input type="text"/>
Cassa pensione	<input type="text"/>

Nota bene

Elips Life si riserva il diritto di subordinare l'assicurazione delle prestazioni contrattuali all'esito di una visita medica. In caso di reticenze o false dichiarazioni, la Società è autorizzata a recedere dal contratto e dal relativo obbligo di prescrizione entro quattro settimane dalla data in cui ne è venuta a conoscenza.

Autorizzazione

Apponendo la mia firma autorizzo Elips Life a trattare e a trasmettere i dati richiesti per la realizzazione del contratto a riassicuratori, altre compagnie assicurative, uffici pubblici e ulteriori persone coinvolte, nonché a richiedere informazioni presso questi ultimi. Il sottoscritto esonera pertanto ospedali, medici, uffici pubblici, compagnie assicurative e altri istituti d'assicurazione dal loro obbligo di riservatezza e li autorizza a fornire a elips Life o al suo servizio medico le informazioni di stretta pertinenza con il rapporto assicurativo.

Dichiarazione sulla protezione dei dati

Elips Life assicura una gestione dei dati sicura e strettamente confidenziale. Elips Life provvede affinché vengano osservate senza eccezione alcuna le disposizioni di legge sulla protezione dei dati.

Luogo, Data

Firma della persona da assicurare

Dichiarazione sullo stato di salute

Cognome, nome: _____

Data di nascita: _____

1. È al momento attuale totalmente abile al lavoro? sì no

In caso negativo, indicare in percento il grado dell'incapacità lavorativa _____ %

2. Altezza _____ cm Peso _____ kg

3. Consumo di tabacco sì no

Qualora facente uso, indicare la quantità _____

4. Consumo di alcol (1 unità = 1dl vino, 3dl birra, 4cl superalcolici) sì no

Qualora facente uso, indicare le unità per settimana _____

5. Negli ultimi 12 mesi si è dovuto assentare dal lavoro per più di 2 settimane a causa di problemi alla salute? sì no

Se sì, per quale motivo? _____

6a. Nel corso degli ultimi 5 anni è stato sottoposto a cure in ospedale, sanatorio o casa di cura, oppure si prevede un trattamento ambulatoriale? sì no

6b. Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie corporali, disturbi o scompensi psichici oppure affezioni di altro genere? Sussistono ancora postumi di un infortunio, una malattia o di un'infermità? (Per esempio anchilosi, amputazione di un arto, fissazione di fratture ossee)? sì no

Specificare qui sotto **in caso di risposte affermative** alle domande 6a e/o 6b:

Tipo di malattia e del trattamento	dal	al	Medico o ospedale curante (indirizzo esatto e reparto)

7. Si è sottoposto ad esami clinici dall'esito negativo? Per esempio Raggi X, ECG, Test HIV, esami del sangue o delle urine o altro genere di esami? sì no

Se sì, quali? _____

8. Assume regolarmente dei medicinali? sì no

Se sì, quali? _____

Medico curante: _____

9. Ha presentato a compagnie assicurative proposte che sono state rifiutate o concesse solamente a condizioni aggravate? (Per esempio premi più alti, riduzione delle presazioni o della validità temporale) sì no

Se sì, per quale motivo? _____

10. Per la data attuale e l'inizio dell'assicurazione vengono richieste prestazioni all'assicurazione invalidità, militare, d'indennità giornaliera o infortuni oppure è previsto il versamento da parte di una delle sudette assicurazioni? (Allegare le eventuali copie delle decisioni) sì no

Se sì, per quale motivo? _____

11. Qual è il medico che meglio conosce il suo stato di salute? Indicare all'occorrenza anche più nominativi:

Nome, indirizzo e numero telefonico: _____

Nome, indirizzo e numero telefonico: _____

Nota bene

Elips Life si riserva il diritto di subordinare l'assicurazione delle prestazioni contrattuali all'esito di una visita medica. In caso di reticenze o false dichiarazioni, la Società è autorizzata a recedere dal contratto e dal relativo obbligo di presazione entro quattro settimane dalla data in cui ne è venuta a conoscenza.

Luogo, Data

_____ Firma della persona da assicurare