

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 = 1 dl vino, 3 dl birra, 4 cl 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? sì no

Per esempio Raggi X, ECG, Test HIV, Esami del sangue o delle urine o altro genere di esami?

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 prestazioni 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 suddette 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 prestazione entro quattro settimane dalla data in cui ne è venuta a conoscenza.

Luogo, Data

Firma della persona da assicurare