

---

## Dichiarazione sullo stato di salute

Cognome, Nome \_\_\_\_\_

N. assicurazione sociale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      • maschile      • femminile

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Cassa pensione \_\_\_\_\_

### 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.

### 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 = 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