

APPARATO CARDIOVASCOLARE

Ipertensione (pressione alta), palpitazioni
al cuore, affanno di respiro, malattie delle
coronarie (infarto, angina pectoris), vizi
vascolari (soffi), disturbi della circolazione
(arterie e vene) ecc.....

APPARATO DIGERENTE

Malattie del fegato, vie biliari,
stomaco, intestino

APPARATO OSTEOARTICOLARE

.....
.....

APPARATO URO-GENITALE

Malattie dei reni, vescica,
prostata

SANGUE

Anemie, emorragie, leucemie,
ecc.

SISTEMA NERVOSO

Ansia, nevrosi, depressione,
epilessia, paresi, paralisi, ecc.

SISTEMA ENDOCRINO

Tiroide, ipofisi, surrene, ecc.
.....

METABOLISMO

Gotta, grassi del sangue, diabete,
ecc.

RICOVERI

Per malattie, infortuni e/o

.....
interventi chirurgici
Indicare l'ospedale o la clinica

CURE PRECEDENTI O IN CORSO

Radianti: Chemioterapie,
dietiche per il cuore, ecc.

SI NO QUALI DATA ESITO MOTIVO

ESAMI PRATICATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

Di laboratorio
Radiologici (Rx torace, ecc.)
Cardiologici (elettrocardiogramma,
ecocardiogramma, ecc.)
Altri

PER LE DONNE

È in menopausa?.....Da quando?
È incinta?Da quanti mesi?
Il decorso della gravidanza è regolare?
Se no, indicare i motivi?

Malattie genitali Quali?
Malattie delle mammelle Quali?

3) DATI SOMATICI

Peso e altezza Peso Kg. Altezza cm.
Valori pressori Massimo Minimo

4) ATTIVITA' SPORTIVE

Prende parte a gare?
Quali?
Pratica volo, paracadutismo?
.....
.....

5) ATTIVITA' PROFESSIONALE

Svolge attività pericolose? Se sì indicare l'attività

.....
.....
.....

6) PENSIONI

Gode di pensione d'invalidità? Se sì allegare documentazione o copia della domanda

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, acconsente esplicitamente alla conclusione dell'assicurazione collettiva per il caso di morte alle condizioni previste dalla Polizza Vita Collettiva n. 1.100.007 stipulata tra il Gruppo Agenti SAI e Fondiaria - Sai. con sede in Torino, Corso Galileo Galilei n. 12, condizioni delle quali dichiara di conoscere e accettare in ogni loro parte. Dichiara altresì di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato nonché le altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere alle quali la Società di Assicurazione credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente che tali informazioni siano comunicate dalla Società Assicuratrice o da chi per essa ad altre persone od enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative. Dichiara inoltre, di prestare regolarmente servizio presso l'attuale Azienda e di non essere rimasto assente dal lavoro negli ultimi sei mesi per malattia od infortunio per più di 20 giorni.

N.B. In caso di decesso dell'Assicurato dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed i premi non saranno restituiti se:

- 1) il sinistro avviene nei primi cinque anni di polizza per i contratti assunti senza visita medica;
- 2) il sinistro avviene nei primi sette anni di polizza nel caso in cui l'Assicurato, su richiesta della Società, non abbia dato l'autorizzazione scritta per eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività.

Letto ed approvato specificatamente tutto quanto sopra.

Data _____

L'Assicurando _____

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara di aver preso conoscenza di quanto specificato per la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Data _____

L'Assicurando _____