

Mandato di Adesione alla Convenzione stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente**CONTRAENTE**

Denominazione Sociale		
ZURLO BROKER S.R.L. UNIPERSONALE		Polizza n. K100000924
€		€
Rata mensile rendita in caso LTC	Data decorrenza	Importo premio

ASSICURANDO

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Professione	
Data di nascita	Stato civile		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo		Città	C.A.P. Provincia

Il premio è pagato anticipatamente e la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza. La decorrenza è fissata al primo giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del Mandato di Adesione.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando con la sottoscrizione della presente proposta dichiara di acconsentire esplicitamente, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alla conclusione dell'assicurazione sulla propria persona.

AVVERTENZA: è di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dell'Assicurando siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione. A questo proposito si raccomanda la massima precisione nella compilazione del sottostante questionario sanitario.

L'Assicurando _____

L'Assicurando dichiara di aver ricevuto l'informativa al diritto di ricevere il set informativo contenente il Dip Vita, il Dip Aggiuntivo Vita e le Condizioni di Assicurazione relative alla Convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A. Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa al diritto di richiedere le credenziali per l'accesso all'area internet riservata.

L'assicurando dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. Ue n. 2016/679 nonché di acconsentire al trattamento dei proprio dati personali, con particolare riferimento a quelli di categorie particolari relativi allo stato di salute, all'appartenenza ad associazioni anche a carattere sindacale, all'origine etnica e razziale, biometrici e giudiziari, svolto da Vittoria Assicurazioni S.p.A. per le finalità assicurative, con le modalità e nei termini di cui alla predetta

informativa, ivi comprese le comunicazioni effettuate nei confronti dei soggetti facenti parte della “catena assicurativa” e i trattamenti degli stessi effettuati, in qualità di titolari o responsabili, per adempiere alle menzionate finalità.

Luogo e data L'Assicurando.....

Avvertenza (ai sensi dell'art. 166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni). Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art.1 – Prestazioni; Art.8 – Rischi assicurati ed esclusioni; Art.13 – Beneficiari.

QUESTIONARIO LTC

L'Assicurato inoltre dichiara di:

1. Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Cardiovascolari** seguenti: ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie SI NO

Se risposta SI:

1.1) Quali ? _____

1.2) Quando ? _____

2. Soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni: **Neurologiche** seguenti: morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopia. SI NO

Se risposta SI:

2.1) Quali ? _____

2.2) Quando ? _____

3. Soffrire o di aver sofferto di una delle: **Malattie croniche** seguenti: diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa. SI NO

Se risposta SI:

3.1) Quali ? _____

3.2) Quando ? _____

4. Soffrire o di aver sofferto di: **Tumore maligno o cancro:** SI NO

Se risposta SI:

4.1) Quali ? _____

4.2) Quando ? _____

5. Beneficiare di **esenzione totale dal ticket sanitario** in ragione di patologie croniche e/o rare oppure di aver fatto richiesta per ottenerla. SI NO

Se risposta SI:

5.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario ?

5.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario _____

6. Avere avuto riconosciuta una **pensione di invalidità superiore od uguale al 10%** oppure di averne già fatto richiesta. SI NO

Se risposta SI:

6.1) Per quale patologia ha richiesto/beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario ?

6.2) Indicare l'anno di richiesta/riconoscimento di esenzione totale dal ticket sanitario _____

7. Essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia. SI NO

Se risposta SI:

7.1) Quali ? _____

7.2) Quando ? _____

8. Essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa. SI NO

Se risposta SI:

8.1) Quali ? _____

8.2) Quando ? _____

9. Doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico, o ad essere ricoverato in ospedale. SI NO

Se risposta SI:

9.1) Quali ? _____

9.2) Quando ? _____

Luogo e data L'Assicurando.....