

5. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) vi sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, tumori, malattie dei motoneuroni, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattie genetiche? SI NO
In caso affermativo, di che malattia si tratta, in quale dei suoi familiari e a che età?
6. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o sta per avviare una procedura di richiesta di invalidità o inabilità? SI NO
Se sì, indicare per quale motivo, da quando e la percentuale di invalidità permanente
7. Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli? SI NO
Se sì, di quale tipo di professione si tratta?
8. Attualmente fuma? SI NO
Se sì, quante sigarette fuma al giorno e da quanto tempo?
9. Ha mai fumato in passato? SI NO Quante sigarette fumava?
10. Ha fatto o fa uso di alcolici? SI NO
Specificarne l'uso giornaliero
11. La differenza tra la sua altezza in cm e il suo peso in Kg è inferiore a 95? SI NO
Indicare in ogni caso Peso _____ Kg e Altezza _____ cm
Indicare anche la pressione arteriosa sistolica (massima) _____ diastolica (minima) _____

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante

Dichiarazioni dell'Assicurando

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti mi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Poste Vita S.p.A. e di Poste Assicura S.p.A. Proscioglio dal segreto professionale e legale i direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura, Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. ritenessero opportuno rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurando dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30.06.2003.

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Luogo e DataFirma

5. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) vi sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, tumori, malattie dei motoneuroni, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattie genetiche? SI NO
In caso affermativo, di che malattia si tratta, in quale dei suoi familiari e a che età?
6. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o sta per avviare una procedura di richiesta di invalidità o inabilità? SI NO
Se sì, indicare per quale motivo, da quando e la percentuale di invalidità permanente
7. Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli? SI NO
Se sì, di quale tipo di professione si tratta?
8. Attualmente fuma? SI NO
Se sì, quante sigarette fuma al giorno e da quanto tempo?
9. Ha mai fumato in passato? SI NO Quante sigarette fumava?
10. Ha fatto o fa uso di alcolici? SI NO
Specificarne l'uso giornaliero
11. La differenza tra la sua altezza in cm e il suo peso in Kg è inferiore a 95? SI NO
Indicare in ogni caso Peso _____ Kg e Altezza _____ cm
Indicare anche la pressione arteriosa sistolica (massima) _____ diastolica (minima) _____

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante

Dichiarazioni dell'Assicurando

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti mi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Poste Vita S.p.A. e di Poste Assicura S.p.A. Proscioglio dal segreto professionale e legale i direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura, Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. ritenessero opportuno rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurando dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30.06.2003.

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Luogo e DataFirma