

**CONVENZIONE INFORTUNI NR. IITPIN1700040 - COMPAGNIA AM TRUST INTERNATIONAL
NUOVE ADESIONI E RINNOVI CON O SENZA MODIFICHE DEI CAPITALI ASSICURATI
PERIODO 31/05/2018-31/05/2019**

Allegato nr. 2

QUESTIONARIO PER L'INSERIMENTO DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

PERSONA ASSICURATA _____ DATA DI NASCITA _____

Ha mai subito infortuni?

NO

SI

Quando e con quali conseguenze:

Ha mai avuto in passato malattie di importanza e/o
esito: ricoveri con senza intervento chirurgico?

NO

SI

Quando, per quale malattia e con quale

Ha attualmente qualche malattia minorazione funzionale
imperfezione fisica?

NO

SI

Da quando o di che tipo?

Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per motivi di salute
la Sua attività lavorativa per oltre 4 settimane?

NO

SI

Quando e per quali malattie:

Sta praticando qualche trattamento terapeutico?

NO

SI

Da quando, di che tipo e per quale
malattia o disturbo?

Si è sottoposto a visite mediche negli ultimi 6 mesi?

NO

SI

Quale diagnosi è stata formulata?

Ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio
o le ha avute ed in seguito sono state annullate o tale
copertura è stata rifiutata?

NO

SI

Dettagliare

Dichiaro che le risposte sopra date sono esatte e veritiere e ne assumo la piena responsabilità. Riconosco che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore. Prosciolgo dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che mi hanno visitato o curato, gli enti presso i quali sono stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni. Acconsento altresì che tali informazioni siano ai soli fini assicurativi e riassicurativi, comunicate agli enti assicuratori.

Data, _____ Firma _____