



AVVERTENZE

In ottemperanza alla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali",

la SWISS LIFE (ITALIA) S.p.A. allega:

- 1) INFORMATIVA ai sensi dell'Art. 10 della Legge 675/96, in duplice copia.**
- 2) Questionario Anamnestico.**

Al fine di evitare l'eventuale restituzione della presente documentazione, a causa di incompleta o errata compilazione, si prega di volersi attenere alle seguenti avvertenze:

- 1) INFORMATIVA:**
da sottoscrivere per accettazione - in duplice copia - negli spazi all'uopo previsti (firma dell'Assicurando), restituendo la "copia per la Compagnia di Assicurazione".

- 2) QUESTIONARIO ANAMNESTICO:**
da compilare in tutte le sue parti, cosicché ad ogni quesito corrisponda una risposta affermativa o negativa, unitamente a tutte le specificazioni richieste.
Non si accettano spazi barrati o in bianco, laddove si ritenga di non avere alcunché da dichiarare.

A tutela della riservatezza delle informazioni rese note, si prega di voler inoltrare la suddetta documentazione all'Ufficio di Consulenza Medica della Swiss Life (Italia) S.p.A. tramite l'apposita busta qui allegata, che potrà essere recapitata:

- a mezzo posta o personalmente;
- tramite l'Ufficio Personale dell'Azienda presso la quale l'Assicurando è attualmente alle dipendenze;
- all'Ufficio di Brokeraggio preposto alla gestione dei rapporti con la Swiss Life (Italia) S.p.A. .

SWISS LIFE (ITALIA) S.p.A.

Da inviare a Marsh SpA: fax n. 049/8285474

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Assicurando: _____

Data di nascita: _____ Professione _____

Azienda/Contraente: _____

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RELATIVE ALLE SUE PRECEDENTI ED ATTUALI
CONDIZIONI SANITARIE****1. STATO DI SALUTE - ABITUDINI DI VITA - PESO - ALTEZZA**

Si sente attualmente in buona salute? _____

Se ha qualche disturbo, precisare quale: _____

Ha qualche difetto organico o
imperfezioni nel movimento degli arti,
nella vista, nell'udito, nel sistema
nervoso o mutilazioni anatomiche? _____

Altri: _____

Se fa uso di alcoolici, indicare
in quale misura e da quanto tempo: _____

Fuma? In quale misura? _____

Usa ansiolitici o calmanti?
Quali e in quale quantità? _____Usa o ha fatto uso di droghe
o stupefacenti? _____

Altezza: cm. _____

Peso: Kg. _____

Negli ultimi mesi il Suo peso è
aumentato o diminuito? Di quanti Kg.? _____



2. MALATTIE SOFFERTE - ESAMI E CURE EFFETTUATI

Se nel passato ha sofferto di malattie,

precisare: Quali?

In quale epoca?

Eventuali postumi.

Ha praticato cure presso Enti medici

od ambulatoriali?

Indicare quali, dove e per quali motivi.

Ha subito interventi chirurgici?

In caso affermativo, indicare quali,

quando, dove e per quali motivi.

Ha avuto ricoveri in Case di cura,

Ospedali, Sanatori per cause non

chirurgiche?

In caso affermativo, indicare quali,

quando, dove e per quali motivi.

E' stato sottoposto a terapia

radiante o ad altre cure fisiche?

In caso affermativo, indicare quali,

quando e per quali motivi.

Ha praticato esami del sangue, delle

urine, radiologici, ecografici, elettro-

cardiografici, biopsie, TAC o altri?

In caso affermativo, specificare:

Quali?

Quando?

Per quali motivi?

Con quale esito?

(allegare se possibile il referto)



Ha avuto altre malattie non menzionate sopra?

Le e' stata misurata la pressione arteriosa? Indicare i valori massimi e minimi riscontrati.

Indichi il nominativo del Suo medico curante.

Quando lo ha consultato l'ultima volta? Per quali ragioni?

Ha avuto occasione di consultare altri medici?

Quali?

Quando?

Per quali motivi?

Attualmente assume medicinali?

Quali?

A quale scopo?

3. STATO DI FAMIGLIA

Nella Sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie di cuore o della circolazione prima dei 60 anni di età?

Casi di diabete, tumori, malattie veneree o mentali?

4. SERVIZIO MILITARE - PENSIONI

E' stato dichiarato idoneo incondizionatamente al servizio militare?

Indicare: se riformato, rivedibile o dichiarato di ridotte attitudini militari, aggiungendo la motivazione militare.



Gode di pensione di invalidità? _____

Indicare categoria e motivo. _____

5. PER DONNE

E' attualmente in stato di gravidanza? _____

In caso affermativo, indicare di quanti mesi.

Ha avuto parti? Se sì, indicare la data dell'ultimo. _____

Soffre di malattie o disturbi tipicamente femminili? Se sì, indicare quali. _____

Generalità ed indirizzo del ginecologo _____

Il/La sottoscritto/a conferma, ad ogni effetto di legge, che le risposte date, anche se materialmente scritte da altri, sono veritiere e complete e di non aver taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza.

Riconosce che i dati e le notizie fornite sono fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

Dichiara inoltre di dare il consenso all'assicurazione sulla vita, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile, in base alle condizioni previste dalla Convenzione stipulata tra:

SWISS LIFE (ITALIA) S.p.A. e Cassa Sanint

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto dalla Spett.le Swiss Life (Italia) S.p.A. l'INFORMATIVA, redatta ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 10 della Legge n. 675/96.

Inoltre, preso atto dell'Informativa di cui all'Art. 10 della Legge n. 675 acconsente, ai sensi degli artt. 11, 20, 22, 24 e 28 della predetta Legge, al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Autorizza inoltre medici ed Enti che lo hanno avuto in cura a fornire alla Società ogni informazione sul suo conto, da essa eventualmente richiesta.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo, _____ data _____

Firma dell'Assicurando
