

Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Prestiti BancoPosta
POSTEPROTEZIONE PRESTITO IMPRESA

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

In caso di mancata compilazione il richiedente non può sottoscrivere la copertura assicurativa (► art. 2).

L'assicurato presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali sul suo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, e di tutti gli altri soggetti che li trattano, per la gestione della fase pre-contrattuale ed ai fini della gestione ed esecuzione del contratto assicurativo (G.D.P.R. - Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE).

Firma dell'assicurato

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per la validità della presente copertura assicurativa, l'assicurato dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO

- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO

- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

Mod. 005/1 - Edizione dicembre 2019

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite
SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia**
SI NO

Se ha dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, non è assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali con accesso a tralicci, tetti ponteggi e impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** tranne per la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali
SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman)
SI NO

Se ha risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, i sinistri causati dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non sono indennizzabili (► art. 17).

Dichiarazioni false, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione del Questionario assuntivo, l'assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

L'assicurato può, a proprie spese, chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio stato di salute, anche quando non è richiesto da Poste Assicura S.p.A..

Firma dell'assicurato

L'assicurato dichiara che le informazioni rese nel presente Questionario, che è parte integrante del contratto, corrispondono a verità e di non aver tralasciato alcun elemento utile a valutare il rischio (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).

Firma dell'assicurato

L'assicurato libera dal segreto professionale e legale i medici che lo hanno curato e/o visitato e tutte le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie a cui Poste Assicura S.p.A. si dovesse rivolgere per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria. L'assicurato consente inoltre che Poste Assicura S.p.A. comunichi o faccia esaminare queste informazioni e atti sanitari per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo data/...../.....

Firma dell'assicurato



Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Prestiti BancoPosta
POSTEPROTEZIONE PRESTITO IMPRESA

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

In caso di mancata compilazione il richiedente non può sottoscrivere la copertura assicurativa (► art. 2).

L'assicurato presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali sul suo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, e di tutti gli altri soggetti che li trattano, per la gestione della fase pre-contrattuale ed ai fini della gestione ed esecuzione del contratto assicurativo (G.D.P.R. - Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE).

Firma dell'assicurato

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale:

Per la validità della presente copertura assicurativa, l'assicurato dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO
- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO
- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite
SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia**
SI NO

Se ha dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, non è assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali con accesso a tralicci, tetti ponteggi e impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** tranne per la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali
SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman)
SI NO

Se ha risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, i sinistri causati dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non sono indennizzabili (► art. 17).

Dichiarazioni false, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione del Questionario assuntivo, l'assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

L'assicurato può, a proprie spese, chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio stato di salute, anche quando non è richiesto da Poste Assicura S.p.A..

Firma dell'assicurato

L'assicurato dichiara che le informazioni rese nel presente Questionario, che è parte integrante del contratto, corrispondono a verità e di non aver tralasciato alcun elemento utile a valutare il rischio (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).

Firma dell'assicurato

L'assicurato libera dal segreto professionale e legale i medici che lo hanno curato e/o visitato e tutte le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie a cui Poste Assicura S.p.A. si dovesse rivolgere per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria. L'assicurato consente inoltre che Poste Assicura S.p.A. comunichi o faccia esaminare queste informazioni e atti sanitari per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo data/...../.....

Firma dell'assicurato



Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Prestiti BancoPosta **POSTEPROTEZIONE PRESTITO IMPRESA**

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

In caso di mancata compilazione il richiedente non può sottoscrivere la copertura assicurativa (► art. 2).

L'assicurato presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali sul suo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, e di tutti gli altri soggetti che li trattano, per la gestione della fase pre-contrattuale ed ai fini della gestione ed esecuzione del contratto assicurativo (G.D.P.R. - Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE).

Firma dell'assicurato

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Per la validità della presente copertura assicurativa, l'assicurato dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO
- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO
- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale

Mod. 005/1 - Edizione dicembre 2019

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite
SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia**
SI NO

Se ha dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, non è assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali con accesso a tralicci, tetti ponteggi e impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** tranne per la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali
SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman)
SI NO

Se ha risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, i sinistri causati dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non sono indennizzabili (► art. 17).

Dichiarazioni false, inesatte o reticenti richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione del Questionario assuntivo, l'assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

L'assicurato può, a proprie spese, chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio stato di salute, anche quando non è richiesto da Poste Assicura S.p.A..

Firma dell'assicurato

L'assicurato dichiara che le informazioni rese nel presente Questionario, che è parte integrante del contratto, corrispondono a verità e di non aver tralasciato alcun elemento utile a valutare il rischio (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).

Firma dell'assicurato

L'assicurato libera dal segreto professionale e legale i medici che lo hanno curato e/o visitato e tutte le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie a cui Poste Assicura S.p.A. si dovesse rivolgere per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria. L'assicurato consente inoltre che Poste Assicura S.p.A. comunichi o faccia esaminare queste informazioni e atti sanitari per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo data/...../.....

Firma dell'assicurato

