



Questionario medico

Si prega di rispondere separatamente ed in maniera precisa ad ogni domanda. Swiss Life non accetta tratti o segni come risposte. I sottoscrittenti sono responsabili dell'esattezza delle loro risposte. Il Questionario completo e firmato deve essere consegnato a mani a Swiss Life o ad un intermediario abilitato alla intermediazione del Contratto o inviato in busta chiusa al Servizio di accettazione medica di Swiss Life. Se gli Assicurandi sono due, il Questionario dovrà essere compilato singolarmente da ciascuno di essi.

Identificazione dell'Assicurando

| | |
|--|--|
| Cognome: | |
| Cognome da nubile: <i>(per le donne coniugate)</i> | |
| Nome: <i>(sottolineare il nome solitamente usato)</i> | |
| Indirizzo: | |
| CAP e città / località: | |
| Data di nascita: (GG/MM/AAAA) | |
| Sesso: | |
| Società: | |

Attività

Attività professionale:

Se in pensione, si prega di indicare l'ultima professione esercitata.

In caso di impiego nel commercio o nell'industria, precisare il settore di attività.

Precisazioni circa la sua occupazione nell'ambito della professione:

Assicurazioni precedenti e/o in corso

Indichi qualora abbia una o più assicurazioni in corso presso Swiss Life, indicandone i rispettivi numeri di polizza:

Ha già riscattato un'assicurazione sulla vita? (qualora l'Assicurato coincida con il Contraente)

Sì

Se sì, quando:

/ /

Perché:

No

E' attualmente assicurato per dei rischi equivalenti presso un'altra compagnia di assicurazioni?

Sì

No

Se affermativo quali sono i rischi, le somme coperte e la/le compagnia/e di assicurazione coinvolta/e?

Capitale decesso:

Importo assicurato:

Compagnia:

Rendita d'invalidità/
Esonero:

Importo assicurato:

Compagnia:

Prevede di riscattare questa assicurazione?
(qualora l'Assicurato coincida con il Contraente)

Assicurando A: Si No

Assicurando B: Si No

Altre compagnie assicurative hanno rifiutato delle proposte assicurative sulla sua vita, ovvero le hanno accettate solamente a condizioni restrittive?

Si

No

Se sì, quando:

/ /

Compagnia:

Questionario medico

Fuma? Si

In caso affermativo, quanto:

No

Consuma bevande alcoliche? Si

In caso affermativo, quanto:

No

Ha eseguito un test HIV? Si

Data:

/ /

Risultato:

No

Altezza e peso?

Altezza:

_____ cm

Peso:

_____ kg

Il suo peso è aumentato, diminuito o rimasto stabile negli ultimi tre anni?

Aumentato di:

_____ kg

Diminuito di:

_____ kg

Stabile

Quali sport pratica?

Con partecipazione a gare?

Si

No

Ha mai utilizzato apparecchi di navigazione aerea come pilota civile o militare, allievo-pilota, membro di equipaggio di bordo o simili?

Si

No

Prevede un tale utilizzo nei prossimi 12 mesi?

Si

In caso affermativo, in qualità di

No

Soffre o hai mai sofferto di una delle patologie qui sotto elencate o si è trovato in una delle situazioni descritte nel corso degli ultimi 10 anni?

1. Catarro dei polmoni, tosse convulsa, espulsioni di sangue, asma, tubercolosi polmonare, pleurite, polmonite, silicosi? Si No
2. Altri disturbi respiratori? (ad esempio allergie, apnea nel sonno...) Si No
3. Vertigini, mal di testa frequenti, insonnia, paralisi, depressione nervosa, epilessia, malattie mentali o nervose? Si No
4. Palpitazioni, soffi al cuore, problemi del cuore, pressione arteriosa elevata, infarto cardiaco? Si No
5. Stato psicologico: depressione nervosa, angosce, disturbi alimentari, dipendenza da droghe o altro, psicosi, o qualsiasi altro disturbo mentale o del sistema nervoso? Si No
6. Disturbi allo stomaco o all'intestino, coliche epatiche, ittero? Si No

7. Presenza di albumine o zuccheri nelle urine, malattie dei reni o della vescica, coliche nefritiche? Si No
8. Malattie agli occhi (ametropia superiore a 5 diottrie, disturbi visivi, malattie della cornea, della retina, cataratta, glaucoma)? Si No
9. Malattie agli orecchi, sanguinamento dell'orecchio? (disturbi dell'udito, tinnito, danni da rumore, vertigini, disturbi dell'equilibrio...) Si No
10. Malattie della pelle? Si No
11. Gonfiore o suppurazione delle ghiandole, gozzo, malattie delle ossa? Si No
12. Reumatismi acuti o cronici? Si No
13. Dolori dorsali o delle articolazioni? Si No
14. È affetto da qualsiasi tipo d'infermità : deviazione della colonna vertebrale, perdita o paralisi di un arto, anchilosi di un'articolazione? Si No
15. Malattie veneree? Si No
16. Malattie infettive o tropicali (epatite, AIDS, paludismo, tifo)? Si No
17. Malattie metaboliche (diabete, eccessi di colesterolo, trigliceridi, uricemici)? Si No
18. Ha mai subito un'operazione? Si No
19. È stato in trattamento presso un ospedale o una clinica? Si No
20. È stato gravemente ferito? Si No
21. È mai stato sottoposto a trattamenti ai raggi X o a sostanze radioattive? Si No
22. È stato invitato da un medico a farsi ricoverare nel corso dei prossimi sei mesi? Si No
23. Malattie o malesseri non elencati qui sopra? Si No
24. Assume farmaci regolarmente o saltuariamente? Si No

Si prega di precisare i seguenti elementi per le risposte alle quali ha risposto affermativamente:

| N° domanda | Descrizione del disturbo di salute, dell'operazione, del trattamento, dell'esame, dei risultati medici, dei farmaci | Quando? | Quante volte? | Guarigione | Nome e indirizzo del medico curante attuale |
|------------|---|---------|---------------|---|---|
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

Ha utilizzato fogli a parte? Si

No

Numero dei fogli utilizzati?

A parte il medico citato qui sopra,

Chi ha consultato?

Da chi è stato curato?
(indirizzo completo)

Quando e per quale motivo?

Stato generale di salute

Nel corso degli ultimi tre anni, è stato assente dal lavoro per un periodo superiore a 30 giorni per motivi di salute?

Si

No

Se si, quando:

/ /

Perché:

Ha cambiato lavoro per motivi di salute?

Sì

Se sì, quando:

/ /

Perché:

No

Attualmente è sotto trattamento medico?

Sì

Perché:

No

Indicare l'indirizzo attuale del proprio medico curante:

Conformemente al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE ("GDPR"), e della relativa legge lussemburghese emanata in applicazione di tale Regolamento, Swiss Life registra e tratta i dati personali che il Contraente ha comunicato, nonché le informazioni che il contraente comunicherà a Swiss Life e i dati personali raccolti per la valutazione dei rischi, la preparazione, la stesura, l'amministrazione e l'esecuzione degli impegni contrattuali, la liquidazione dei danni e la prevenzione di eventuali frodi, assumendo pertanto la responsabilità del trattamento dei dati stessi.

I termini e le condizioni relativi a questo trattamento dei dati sono disponibili nell'informativa pubblica sul seguente sito web <https://www.swisslife-global.com>

Inoltre, in applicazione dell'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 concernente il settore assicurativo, come successivamente modificata, e il segreto professionale in materia di assicurazioni, Swiss Life può, a determinate condizioni, comunicare tali dati a soggetti terzi, nei limiti e con le modalità definite dalla legge.

In casi specifici previsti dalla disposizione di cui sopra, tale comunicazione può avvenire senza il consenso del contraente.

Tuttavia, con la sottoscrizione del Modulo di Proposta, il contraente esonera espressamente Swiss Life dal segreto professionale in relazione a quei subappaltatori ai quali possono essere legittimamente comunicati i dati, a condizione che essi si trovino nello Spazio economico europeo o in Svizzera.

Firmando il Modulo di Proposta e/o il presente Questionario, il contraente e l'assicurando autorizzano espressamente Swiss Life, nella misura richiesta dalla normativa in materia di protezione dei dati, a registrare ed elaborare (quindi ad assumersi la responsabilità del trattamento dei dati) le informazioni trasmesse a e acquisite da Swiss Life, nonché i dati personali raccolti per la valutazione dei rischi, la preparazione, la stesura, l'amministrazione e l'esecuzione degli impegni contrattuali, la liquidazione dei danni e la prevenzione di eventuali frodi, in conformità con l'Informativa sulla privacy di Swiss Life, disponibile al seguente indirizzo: <https://www.swisslife-global.com/global-solutions/footer/privacy.html>

L'Assicurando accetta il trattamento dei propri dati medici personali e solleva dal segreto professionale i suoi medici/operatori sanitari di riferimento e/o qualsiasi altra persona che lo ha avuto in cura o in carico, sia riguardo alle informazioni che Swiss Life richiederà al momento della sottoscrizione del contratto sia per quelle richieste per il pagamento del capitale di decesso.

Le parti del contratto hanno il diritto di accedere a/di correggere i loro dati personali.

Il periodo di conservazione dei dati si limita alla durata del contratto e al periodo necessario a Swiss Life per adempiere ai propri obblighi nell'ambito dei termini di limitazione o altri obblighi legali.

L'Assicurando autorizza espressamente Swiss Life a prendere, presso i medici che lo hanno curato o che attualmente lo hanno in cura e presso altre persone, informazioni sul suo stato di salute e sulle sue precedenti malattie; egli autorizza tali medici e altre persone a fornire a Swiss Life le informazioni richieste. Swiss Life si riserva il diritto di richiedere ulteriori esami clinici qualora lo ritenesse necessario.

L'Assicurando dichiara che le risposte date qui sopra sono veritiere e complete.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile. Prima della sottoscrizione del Questionario, l'Assicurando è tenuto a verificare la correttezza delle dichiarazioni ivi riportare.

La Compagnia segnala inoltre che, anche nei casi non espressamente previsti dal Contratto, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con evidenza del costo a suo carico.

I questionari di persone minorenni e/o sotto tutela devono essere sottoscritte anche dal loro rappresentante legale.

Luogo/Data

Firma dell'Assicurando

/ /