



Data compilazione/...../.....

Broker

Piano sanitario SIA BROKERS NETWORK - MASSIMALE € 103.291 € 250.000 BASE PLUS
 Individuale Nucleo

Dati anagrafici dell'Assicurando (Proponente)			
COGNOME: _____	NOME _____	data e luogo di nascita: _____	
Residente in via _____	CAP _____	Città _____	Prov _____
Codice fiscale _____	Professione: _____	Tel. _____	e-mail _____
Posizione familiare (compilare solo se combinazione nucleo): Contraente <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>			
Indicare Nome e Cognome del titolare _____ a cui è collegato il piano sopraindicato			

ALTEZZA cm _____ PESO kg _____

1. E' mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?

NO SI

Anno di ricovero	.....	.....	.....
Motivo	.....	.....	.....

2. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale) ?

NO SI

Anno di intervento	.....	.....	.....
Motivo	.....	.....	.....

3. Ha praticato negli ultimi 5 anni (o pratica attualmente) terapie continuative o a cicli ripetuti (es: cure con farmaci, dialisi, emotrasfusioni, fisioterapia ecc.) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno / Motivo	.....	.....	.....

4. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni ad accertamenti diagnostici (ad es.: esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografie, TAC, ecografie, esami endoscopici, PAP test, mammografia. ecc.)?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno / Motivo	.....	.....	.....

Con quale esito ? Negativo Altro (allegare referto recente)

5. E' portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es.: deficit della vista, dell'udito, esiti di poliomielite, malformazioni congenite, difetti cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo ecc....)

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

6. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es.: fratture lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici ecc.)?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno	.....	.....	.....

Con quale esito ? Negativo Altro (allegare referto recente)

7. Soffre di: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, patologia tiroidea, artrosi, calcoli renali, cisti ovariche?

NO SI (allegare referto recente, es. esami di laboratorio, ecografie, ecg, radiografie, esami istologici,....)

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

8. Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica (ad es.: bronchite, ulcera, malattie di cuore, di fegato di reni, malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose, malattie reumatiche, tumori ecc....) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

Firma del Proponente

_____ (firmare tutte le copie)

La validità del presente questionario è di 30 giorni dalla data di sottoscrizione.

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I DATI RIPORTATI NEL PRESENTE QUESTIONARIO È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative, apponendo la Sua firma nella casella sottostante.

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

Data _____

Nome e cognome dell'interessato
(leggibile)

Firma del Proponente

Nota informativa

In applicazione delle disposizioni del **Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 175 art. 123 "Informativa al contraente"** la Società **informa che:**

- la legislazione applicata alle polizze UniSalute è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società (**Ufficio Relazioni Clienti - Via A. da Formigine, 1 – 40128 Bologna Fax. 051 6386238 - e-mail reclami@unisalute.it.**) Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Riferimento BROKER: Signor _____ Telefono _____



GRUPPO UNIPOL

