LINK

UNDERWRITING AGENCY

QUESTIONARIO INFORTUNI

PERSONAL ACCIDENT

PROPOSAL FORM

PRIMA DI RISPONDERE ALLE DOMANDE LEGGA ATTENTAMENTE LA DICHIARAZIONE RIPORTATA NELL'ULTIMA PAGINA DEL PRESENTE QUESTIONARIO CHE DEVE ESSERE RESTITUITO FIRMATO. AD OGNI DOMANDA DEVE ESSERE DATA UNA RISPOSTA COMPLETA E CORRETTA DA PARTE DELL'ASSICURATO O, IN SUO NOME, DAL FIRMATARIO.

Before any question is answered read carefully the declaration of this proposal, which must be returned signed. Each question must be answered fully and correctly by the person to be insured or on his behalf by the proposer.

1. Nome ed indirizzo completi del Proponente (se e' una persona diversa dall'Assicurato):
Name and address in full of the Proposer (if other than the person to be Insured)

Relazione con la persona da assicurare:
Relationship to the Person to be Insured:

CIO' CHE SEGUE RIGUARDA L'ASSICURATO
ALL THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE TO THE PERSON TO BE INSURED

2.

Nome ed indirizzo: *Name and address:*	
Codice fiscale/P.Iva	
Data di nascita: *Date of Birth:*	*Maschio (Male)* ☐ *Femmina (Female)* ☐ *(Please tick)*
Peso kg: *Weight:*	**Altezza cm:** *Height:*
Beneficiari in caso di morte: *Beneficiary in case of death:*	
Occupazione (se piu' di una specificare): *Nature of occupation (if more than one, state all):*	
Se svolge un'attivita' non solo di natura sedentaria fornisca dei dettagli: *If your duties are not solely of an office or administrative nature, please give details:*	

3.

Specifichi il periodo di copertura richiesto: *Please state period of insurance required:*	**Da:** *From:*	**A:** *To:*

4a) Effettua viaggi aerei come passeggero di aeromobili di linea? Se si' fornisca il numero approssimativo dei viaggi e le probabili destinazioni.
Will you be travelling by air as a passenger on scheduled flights? If yes, please state the approximate number of flights and anticipated destinations and type of aircraft (e.g. commercial/ private fixed wing/helicopter).

4b) Ha intenzione di effettuare viaggi aerei in qualita' diversa da quella di passeggero? Se si' dare dettagli.
Do you intend to fly other than as a passenger? If yes, give details.

5. Nel caso in cui usi un veicolo per svolgere la Sua attivita' dica indicativamente qual'e' la percorrenza annua media.
In the case of use of a vehicle for business purposes, please state your mileage per annum.

6. Intende effettuare viaggi all'estero nei prossimi 12 mesi? In caso affermativo precisare se per lavoro o per vacanza e probabile destinazione.
Are you planning to travel abroad within the next 12 months? If yes, please state destination and whether for business or leisure.

7. Si prega indicare se intende intraprendere alcuni dei rischi sotto elencati nei prossimi 12 mesi
Please detail any of the following risks that you intend to do within the next 12 months

A	**Sport invernali? -** *Winter sports?*	SI	NO
	Si devono includere anche le gare? - *Are competitions to be included?*	SI	NO
B	**Immersione subacquea con respiratore? -** *Scuba Diving?*	SI	NO
C	**Alpinismo, comprendente l'uso di funi e guide?** *Rock Climbing or Mountaineering normally involving the use of ropes or guides?*	SI	NO
D	**Speleologio? -** *Potholing?*	SI	NO
E	**Volo a vela o paracadutismo? -** *Hang-gliding or Parachuting?*	SI	NO
F	**Caccia a cavallo e/o attivita' equestre e/o gare/concorsi ippici?** *Hunting on horseback and/or horseriding and/or equestrian races/competitions?*	SI	NO
G	**Partecipazione a qualsiasi tipo di corsa o competizione?** *Driving or riding in any kind of Race or Competition?*	SI	NO
H	**Guida le motociclette? (specificare c.c.) -** *Riding Motor Cycles or Scooters? (state c.c.)*	SI	NO
I	**Qualche altra occupazione, sport, passatempo o attivita' che presumibilmente costituisca un aggravamento di rischio? -** *Any other occupation, sport, pastime or activity which is likely to involve extra risk of accident?*	SI	NO

SE HA INDICATO RISPOSTA AFFERMATIVA A QUALCUNO DEI SUDDETTI RISCHI FORNISCA I DETTAGLI
IF YOU HAVE TICKED ANY OF THE "YES/SI" BOXES GIVE FULL DETAILS BELOW

8. Avete mai sofferto di:
Have you ever suffered from:

A	**Ernia del disco o altri disturbi alla spina dorsale, Ernia o altre patologie reumatiche o da artrite?** *a 'slipped disc' or other spinal disorder, a hernia or any rheumatic or arthritic condition?*	SI	NO
B	***Pressione alta, patologie cardiache, emorroidi, vene varicose o altri problemi alla circolazione, febbri reumatiche o diabete?*** *high blood pressure, a heart condition, or other circulatory disorder, rheumatic fever or diabetes?*	SI	NO
C	***Stati di depressione o ansieta', stati nervosi o mentali, attacchi di panico, perdita temporanea di coscienza, fitte o paralisi di alcun genere, o dipendenza da droghe o alcolici?*** *clinical depression or anxiety, any nervous or mental condition, fainting episode, blackout, fit or paralysis of any kind, or alcohol or drug addiction?*	SI	NO
D	***Soffrite di difetti alla vista o all'udito o ad altri sensi?*** *any defect in your sight or hearing, or other senses or faculties?*	SI	NO
E	***Avete sofferto di qualche altra patologia negli ultimi 5 anni dove avete avuto bisogno di visite o trattamenti medici o altri sintomi che potrebbero necessitare dette visite in futuro?*** *any other condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptom or tendency that might necessitate this in the future?*	SI	NO

9. Avete consultato il vostro medico curante negli ultimi 24 mesi? Se si', spiegare motivi della visita/e e data/e.
Have you consulted your personal physician in the last 24 months? If yes, please give FULL reason for consultation(s) and date(s).

10. **Quali infortuni Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori a 14 giorni negli ultimi 5 anni? -** *What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 14 days during the past five years?*

11. **E' attualmente assicurato contro gli infortuni? In caso positivo specifichi con chi e per quali capitali: -** *Are you insured against accident? If yes, say with whom and for what sums insured:*

12. **L' ammontare settimanale o mensile dei benefici di questa assicurazione e di tutte le altre a Vostro nome supera il Vostro reddito netto settimanale o mensile?**

Se si', dare informazioni

Do the weekly or monthly benefits under all the insurances carried by you, including that now applied for, exceed your average net weekly/monthly income? If yes, give details.

13. **Le e' mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni, vita, malattia? Nessun assicuratore Le ha mai annullato o si e' rifiutato di rinnovare la Sua copertuta? In caso positivo fornisca dettagli. -** *Have you ever been declined or accepted on special terms, for life, accident, or illness insurance, or has any company ever cancelled or declined to renew your policy?*

14. **Qual' è la somma che volete assicurare?**
What capital Sum do you whish to insure?

Morte da Infortunio _____
(Fatal accident)

Invalidità permanente da infortunio _____
(Total and Permanent Disability due to accident)

Invalidità Permanente da Malattia _____
(Criticall Illness)

Rimborso spese Mediche da Infortunio _____
(Medical Expenses)

Inabilità giornaliera da Ricovero _____
(Temporary disability for Hospitalitazation)

Inabilità Temporanea da Infortunio _____
(Temporary disability due to accident)

15. Indicare i dettagli di quanto segue:
Please provide full details of the following

a) qualsiasi sinistro verificatosi in passato ed indennizzabile secondo termini di polizza
any claim made under previous insurance policy in respect of the risk proposed

ASSICURATORE Insurer	**ANNO DEL SINISTRO** Year of loss	**DESCRIZIONE DEL SINISTRO** Description of Claim	**IMPORTO TOTALE PAGATO** Total amount paid

b) qualsiasi evento verificatosi negli ultimi tre anni che sarebbe stato considerato sinistro indennizzabile ai termini di polizza.
Any event during the last three years which could have resulted in a claim for the benefits included under this policy

Data del sinistro o Inizio della malattia Date Injury occurred Or Illness commenced	**Ripresa dell'attività** Date recovered/resumed work	**Descrizione dell'Infortunio** Description of Ingiury/Illness

Dichiarazione

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto e' stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare I'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresi' consapevole che l'Assicuratore determinera' i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura ne' l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance.
I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Firma, con data, della Persona da assicurare _____
Signature and Date of the Assured

Firma, con data, del Proponente _____
Signature and Date of the Policy Holder