

ASSICURAZIONE INFORTUNI PER SPORTIVI PROFESSIONISTI | QUESTIONARIO

1 | GENERALITÀ

Assicurato	_____
Indirizzo / Città	_____
Data di Nascita	_____
Codice Fiscale	_____
Dati	Altezza _____ Peso _____
Professione	_____
Squadra	_____
Ruolo	_____
Ingaggio Annuo	_____

2 | SOMME ASSICURATE

Morte da Cause Naturali	Euro _____,00
Morte da Infortunio	Euro _____,00
Invalidità Permanente da Infortunio	Euro _____,00
Invalidità Permanente da Malattia	Euro _____,00

3 | PERIODO E ALTRE ASSICURAZIONI

Decorrenza	Ore 24:00 del _____
Scadenza	Ore 24:00 del _____
Il Proponente è attualmente assicurato per Invalidità Permanente da Infortunio e/o Malattia?	_____
Se sì, fornire i dettagli	_____

4 | DETTAGLI MEDICI RELATIVI AL PROPONENTE

Il Proponente è in questo momento indenne da infortuni, malattie o disturbi fisici e pratica normalmente la Sua attività di sportivo?

In caso negativo, fornire i dettagli:

Nel corso degli ultimi 12 mesi ha subito infortuni, malattie o disturbi fisici che Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori a 21 giorni consecutivi?

In caso affermativo, fornire i dettagli

Il Proponente ha ragione di credere di avere bisogno di trattamenti medici o subire interventi chirurgici nel futuro?

Il Proponente ha sofferto di disturbi per uno o più dei seguenti casi, oppure sta effettuando (o Le sono stati prescritti) trattamenti medici ad essi relativi?:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Cuore, petto, sistema circolatorio o sistema respiratorio? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pressione del sangue o diabete | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sistema nervoso o problemi di natura nervosa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Reumatismi o artriti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ernia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vertigini | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso affermativo, fornire dettagli

Il Proponente ha subito infortuni, oppure sofferto di disturbi, oppure ha subito intervento chirurgico ad una o più delle parti che seguono

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Bacino, anche o inguine | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Coscia destra (incluso tendini del poplite) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Coscia sinistra (incluso tendini del poplite) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ginocchio destro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ginocchio sinistro | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Arto inferiore destro (incluso caviglia e tendine d'Achille) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Arto inferiore sinistro (incluso caviglia e tendine d'Achille) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Piede destro incluse le dita | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Piede sinistro incluse le dita | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Collo (vertebre cervicali) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Spina dorsale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Spalla destra o sinistra | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mano destra o sinistra inclusi i polsi e le dita | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Braccio destro o sinistro incluso il gomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso affermativo, fornire i dettagli

Il Proponente ha sofferto di altro tipo di operazioni chirurgiche o sofferto di altri infortuni o malattie?

In caso affermativo, fornire i dettagli

Il Proponente ha mai sofferto di qualche patologia medica non menzionata in questo questionario proposta?

In caso affermativo, fornire i dettagli

Il Proponente ha mai sofferto di un infortunio o malattia che può avere originato una richiesta di indennizzo sotto una Sua polizza di assicurazione personale infortuni e/o malattia?

In caso affermativo, fornire i dettagli

5 | QUESTIONARIO COVID-19

1. Il Proponente ha effettuato analisi o controlli per la verifica della presenza del Coronavirus / Covid 19?

Se la risposta è **NO**, proseguire alle domande 5

Se la risposta è **SI**, passare alla domanda 2

2. Il Proponente ha ricevuto il risultato

Se la risposta è **SI**, passare alla domanda 3

3. Qual è stato il risultato?

Se la risposta è una diagnosi di Coronavirus, passare alla domanda 4

4. Il Proponente è stato ricoverato in ospedale?

Se la risposta è SI, pregasi fornire cartella clinica e documentazione al riguardo 3

5. Il Proponente è stato in quarantena?

6. Il Proponente ha avuto sintomi come tosse, febbre o difficoltà respiratorie?

7. Qual è il Suo attuale stato di salute?

DICHIARAZIONE

Per quanto è di mia conoscenza, le informazioni contenute nel presente questionario sono vere e nessun fatto materiale è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto materiale autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura (per "fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte degli Assicuratori). Sono altresì consapevole che gli Assicuratori determinano i termini e le condizioni della copertura sulla base delle informazioni contenute nel presente questionario, e che la firma dello stesso non impegna gli Assicuratori ad accettarla. **Dichiaro inoltre di avere ottenuto il certificato d'idoneità alla pratica dell'attività sportiva professionale dichiarata.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati per dare seguito alla mia richiesta ai sensi del Reg. UE n. 679/2016. Dichiaro inoltre di aver letto, compreso e accettato [l'informativa sulla privacy](#).

DATA _____

FIRMA _____