

**DICHIARAZIONE INDIVIDUALE AI FINI ASSICURATIVI****Dati Anagrafici**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni dell'assicurando/a**

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'art.1919 c.c., che il presente atto di adesione serve esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata tra la Consob e la Società;
- sotto la propria responsabilità, di essere in buone condizioni di salute e di non aver subito né ricoveri, né accertamenti clinici e/o strumentali dai quali sia emersa una malattia del sistema cardiovascolare e/o del fegato e/o tumorale e/o degli organi del senso e/o dell'apparato osteo-articolare e/o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Prende atto che le dichiarazioni non veritiere, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, determinano l'annullamento del contratto (art. 1892 c.c.).

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurando/a

**Qualora l'assicurando/a non possa sottoscrivere la dichiarazione sopra riportata con particolare riferimento al secondo punto, è necessaria la compilazione del questionario anamnestico.**