

Allegato A

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto Dott....., in qualità di Legale rappresentante dell'Autorità Garante della Concorrenza del Mercato, dichiara che tutto il personale dipendente, comandato e fuori ruolo, riportato in elenco di polizza, in servizio al momento della sottoscrizione del presente Contratto, negli ultimi 2 anni, non ha fatto registrare assenze dal lavoro per malattia superiori ai 20 giorni consecutivi.

Fanno eccezione i signori:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----
8. -----
9. -----
- 10.-----

per i quali si rende necessaria la compilazione individuale della "Scheda assuntiva" ed eventualmente del "Questionario per l'ingresso in assicurazione" compilato in ogni sua parte, riportati in allegato B e in allegato C alla polizza.

Data

Firma del Legale Rappresentante

Allegato B

SCHEDA ASSUNTIVA

Dati Anagrafici

Cognome e Nome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Dati Assicurativi

Capitale assicurato: Euro _____

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato (da indicare in caso di designazione diversa da quella stabilita nel contratto):

Dichiarazioni dell'Assicurato

Il sottoscritto assicurato,

- **dichiara** di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, che la presente scheda assuntiva deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza collettiva stipulata, per i propri dipendenti, tra l'Autorità Garante della Concorrenza del Mercato e.....;
- avendo il sottoscritto acquisito le informazioni di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003, in merito al trattamento dei propri dati personali, dichiara, in particolare, di aver avuto conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei c.d. "dati sensibili" e pertanto **acconsente**, nei limiti di quanto espresso nell'informativa, che lapossa fornire informazioni sul proprio conto ad altri Enti a soli fini assicurativi.
- **dichiara**, sotto la propria responsabilità, di essere in buone condizioni di salute, di non aver subito né ricoveri, né accertamenti clinici e/o strumentali dai quali sia emersa una malattia del sistema cardiovascolare e/o fegato e/o una malattia tumorale e/o degli organi del senso e/o dell'apparato osteo-articolare e/o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Per quanto precede prende atto che le dichiarazioni non veritiere, relative a circostanze che influissero sulla valutazione del rischio, determinano l'annullamento del contratto (art. 1892 C.C.)

Data, _____

Firma dell'Assicurato _____

Qualora l'assicurato non possa sottoscrivere la dichiarazione sopra riportata, con particolare riferimento al terzo punto, sarà necessaria la compilazione – in sostituzione della presente "Scheda assuntiva" Allegato B - del "Questionario per l'ingresso in Assicurazione" Allegato C compilato in ogni sua parte.

Allegato C

QUESTIONARIO PER L'INGRESSO IN ASSICURAZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Con la qualifica di _____ dell' (Ente di appartenenza)

E' nell'interesse dell'Assicurato non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse malattie, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Soffre o ha sofferto di malattie, menomazioni fisiche tali da alterare il normale buono stato di salute? Se sì indicarne epoca e durata	☐ SI ☐ NO
2. Si sono verificati nella Sua famiglia: tumori maligni, gotta, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, suicidio, epilessia o altre malattie nervose e mentali? Se Sì, indicare grado di parentela, epoca, durata e conseguenze	☐ SI ☐ NO
3. Si è mai sottoposto ad esami clinici od accertamenti diagnostici (elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine, test HIV, ricerca antigene AU) che abbiano rilevato situazioni anomale? Se Sì indicare quali	☐ SI ☐ NO
4. E' stato mai ricoverato in ambiente ospedaliero per infortuni o malattia (ad esclusione degli interventi di appendicectomia, Tonsillectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, deviazione del setto nasale, colecistectomia da oltre tre mesi e la gastrectomia per ulcera da oltre un anno)? Ha subito interventi chirurgici? Se Sì, indicare quali	☐ SI ☐ NO
5. Indicare peso e altezza	Peso Kg. _____ Altezza cm. _____
6. Chi è il suo medico curante o abituale (precisare nominativo ed indirizzo)	_____
7. E' o è stato titolare di pensione di invalidità o ha in corso pratiche per il riconoscimento presso l'Ente di previdenza obbligatoria appartenenza o presso Assicurazioni private o Enti di previdenza o assistenza facoltativi? Se Sì, indicare il grado, l'Ente e la data di riconoscimento o della richiesta	☐ SI ☐ NO
(In caso di risposta affermativa ad almeno una delle prime 4 domande):Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni? Se Sì indicare quali (nominativo e indirizzo), quando e per quali motivi	☐ SI ☐ NO

Il sottoscritto assicurato,

- **dichiara** di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, che la presente scheda assuntiva deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza collettiva stipulata, per i propri dipendenti, tra e.....;
- avendo il sottoscritto acquisito le informazioni di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003, in merito al trattamento dei propri dati personali, dichiara, in particolare, di aver avuto conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei c.d. "dati sensibili" e pertanto **acconsente**, nei limiti di quanto espresso nell'informativa, che lapossa fornire informazioni sul proprio conto ad altri Enti a soli fini assicurativi.

Data, _____

Firma dell'Assicurato _____