

Questionario Lloyd's Infortuni

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito firmato e datato.

1. Nome ed indirizzo completi del Proponente (se è una persona diversa dall'Assicurato):
.....
2. Partita IVA o Codice Fiscale:
3. Relazione con la Persona da assicurare:.....
4. Specificare il periodo di copertura richiesto: da a
5. Garanzie Somme Assicurate richieste:

| GARANZIA | | SOMMA ASSICURATA |
|--|---|------------------|
| Morte da infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Invalità Permanente da Infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Invalità Permanente da Malattia | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Inabilità Temporanea da Infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Diaria da ricovero da infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Diaria da ingessatura | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Rimborso spese mediche da Infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |
| Diaria da convalescenza a seguito ricovero da Infortunio | <input type="checkbox"/> <i>SI</i> <input type="checkbox"/> <i>NO</i> | Euro |

LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE

6. Nome ed indirizzo completi:
7. Data di nascita: 8. Codice Fiscale:
9. Peso in Kg: 9. Altezza in cm:
10. Occupazione (specificare se piu di una):
11. Reddito annuo lordo derivante dalla/e occupazione/i principale/i dichiarata/e in proposta:
 fino a € 40.000,00 da € 40.000,00 a € 80.000,00 da € 80.000,00 a € 150.000,00 oltre 150.000,00

SE NON SI RISPONDE ALLA DOMANDA 11 COMPILARE LE DOMANDE 11A. E 11B

- 11a. Può confermare che il rimborso giornaliero richiesto con la presente polizza, ed altre eventuali, non sia superiore al suo guadagno netto giornaliero. In caso negativo fornisca dettagli.
.....
- 11b. Vi preghiamo confermarci che la somma assicurata richiesta sulla Invalità Permanente, o sulla Morte da infortunio se presente, non supera 7 (sette) volte il vostro reddito annuale lordo. In caso negativo Vi preghiamo fornirci dettagli a giustificazione della somma assicurata
.....
12. Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea:
13. Percorre più di 20.000 Km. all'anno su veicoli a motore? Si – Indichi il numero approssimativo

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario.

- 14. Soffrite di difetto alla vista o all'udito? In caso positivo fornire dettagli
- 15. Guidate moto? **Si** **No** indicare modello e cilindrata
- 16. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero o con voli non di linea? **Si** **No**
- 17. Volo a vela o paracadutismo? **Si** **No** fornire dettagli
- 18. Immersioni subacquee con respiratore? **Si** **No** Indicare la profondità
- 19. Attività equestre? **Si** **No**
- 20. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?
- 21. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?
.....
- 22. Quali infortuni e/o patologie Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni o Vi abbiano richiesto visite/o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro ?
- 23. Siete attualmente assicurato per infortuni? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali:
- 24. Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni? In caso positivo fornire dettagli:

DICHIARAZIONE

Per quanto e' di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è 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 l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore). Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna nè a sottoscrivere la copertura nè l'Assicuratore ad accettarla.

Firma, con data, della Persona da assicurare *data*

Firma, con data, del Proponente (se richiesta) *data*

SPAZIO RISERVATO ALLE INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI: