

QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO

POLIZZA N. _____

CONTRAENTE (cognome e nome) _____

ASSICURATO (cognome e nome) _____

Il presente questionario può essere integrato con comunicazione scritta, sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. Professione _____ Attività esercitata _____		
2. Peso kg. _____ Altezza cm _____		
3. Ritiene di essere in buone condizioni di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsilectomia, erniotomia, meniscectomia, fratture degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, epilessia, malattie croniche renali, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Assume o ha assunto negli ultimi dodici mesi farmaci in modo regolare e continuativo per il trattamento delle patologie e/o disturbi indicati al punto precedente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ha subito negli ultimi tre anni episodi di infortunio che hanno richiesto un ricovero ospedaliero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. a) Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione vita, infortuni, di invalidità o di malattia? b) Ha sottoscritto in passato polizze vita, infortuni, invalidità o malattia o ha proposte in corso di perfezionamento? In caso di risposta affermativa, indicare nel riquadro sottostante il tipo di copertura e la relativa somma assicurata richiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Costituzione: Altezza cm. _____ Peso kg. _____		
14. Pressione arteriosa: Min. _____ Max. _____		
<i>In caso di risposta negativa alla domanda n. 3 e di risposta affermativa alle domande dalla nr. 4 a nr. 12 si prega di fornire informazioni dettagliate nello spazio sottostante e di allegare copia della documentazione sanitaria riguardante le patologie pregresse e/o attuali (es. cartelle cliniche, esiti accertamenti strumentali, analisi di laboratorio e/o visite specialistiche di controllo, medicinali assunti regolarmente, nr. di sigarette fumate al giorno, ecc.):</i>		

Dichiarazioni dell'Assicurando sulla propria attività professionale/sportiva La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, velenose e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicottero o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare) gli sport più comuni come paracadutismo, deltaplano, parapendio, o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante)

DICHIARAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato confermano, ad ogni effetto di legge, che le dichiarazioni e le risposte contenute nella presente proposta sono scrupolosamente veritiere ed esatte e che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza determinante ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e l'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, sia il Contraente che l'Assicurato devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario. Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a Suo carico. Il Contraente e l'Assicurato liberano dal segreto professionale tutti i medici a cui sono ricorsi in relazione alla stipula della presente polizza ed acconsentono che le comunicazioni che li riguardano siano trasmesse ai coassicuratori o ai riassicuratori collegati alla Compagnia.

Il Contraente e l'Assicurato prendono atto che qualora il minimo garantito in caso di morte ecceda determinati limiti, variabili nel tempo, la copertura del rischio è comunque subordinata all'esito di una visita medica da parte dell'Assicurato. Maggiori informazioni al riguardo possono essere ottenute dalla Compagnia.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante)

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano che contestualmente alla presente richiesta, è stata loro consegnata l'informativa ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (pag. 2 del presente modello) e allegano alla presente la Formula di Consenso al Trattamento dei Dati Personali (pag. 2 del presente modello) sottoscritta, consapevoli che in mancanza della stessa non potranno essere apposte le modifiche richieste.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante)

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la MONUMENT è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della MONUMENT stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

2. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Società di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri; b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

5. Comunicazione dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Società di servizi informatici, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni);
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo. Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Viale Monza, 265, 20126 Milano, tel. 02.99292100 fax. 02.99292121, indirizzo mail: italia@monumentassurance.it.

FORMULA DEL CONSENSO

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili qualora gli stessi siano richiesti dalla tipologia del contratto assicurativo in via di sottoscrizione, nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera a) dell'informativa ricevuta. Il mancato consenso comporta per la Compagnia l'impossibilità di emettere e gestire la polizza di assicurazione.

Firma 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante)	Firma 2° Assicurato (se presente - o il suo legale rappresentante)	Firma Beneficiario (o il suo legale rappresentante)
---	---	--

- acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera b) dell'informativa ricevuta.

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Luogo e data	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Firma del Contraente	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Firma 1° assicurato (o il suo legale rappresentante)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Firma 2° assicurato (se presente - o il suo legale rappresentante)	