



CONVENZIONE ASSICURATIVA ASSOCALCIATORI POLIZZA INFORTUNI CALCIATORI PROFESSIONISTI

QUESTIONARIO/PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

CONSIGLIO IMPORTANTE A TUTTI I PROPONENTI

Tutte le sezioni del presente Modulo devono essere interamente compilate, anche in occasione di un rinnovo o di una somma aggiuntiva di un'assicurazione già esistente. Tutti i dettagli della vostra storia clinica devono essere evidenziati e non devono essere omessi solo perché siete stati dichiarati in salute, o perché vi sia stato detto che i risultati di controlli medici sono positivi, o perché pensate, oppure vi venga detto, che tali dettagli siano irrilevanti. La mancata comunicazione di informazioni può rendere nulla la polizza.

TUTTE LE DOMANDE DEVONO ESSERE COMPLETATE

SEZIONE 1: Assicurando (Person to be insured)

Cognome: (Surname)		Nome: (Name)		
INDIRIZZO (ADDRESS)	Via: (Street)	Numero: (Number)		
Città: (Town)		C.A.P.: (Postcode)	Provincia: (District)	
Data di nascita: (Date of birth)		Luogo di nascita: (Place of birth)		
Nazionalità: (Nationality)		Codice Fiscale: (Fiscal Code)		
Squadra: (Team)	Categoria: (League)	Ruolo: (Position)		
Salario Annuo Netto: (Annual Salary)		Altezza: (Height)	Peso: (Weight)	
PERIODO DI COPERTURA (PERIOD OF COVERAGE)		Da: (From)	A: (To)	
Somma assicurata richiesta: (Requested Sum Insured)				
Opzione Franchigia su IP: (Deductible Option)	A (5% fino a 600.000€) <input type="checkbox"/>	B (7% fino a 1.000.000€) <input type="checkbox"/>	C (5% fino a 1.000.000€) <input type="checkbox"/>	D (4% fino a 600.000€) <input type="checkbox"/>

SEZIONE 2: Situazione sanitaria personale (Personal medical details)

1. E' attualmente libero da infortuni/malattie e sta giocando regolarmente per la sua squadra? (Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team?) <i>Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI (yes)	NO
2. Negli ultimi 36 mesi ha saltato più di 4 partite consecutive a causa di infortuni/malattie? (During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness?) <i>Se si risponde "SI", inserire date, motivi e numero di partite perse (If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI (yes)	NO



3. E' attualmente in buona salute e lo è stato nell'anno precedente la compilazione di questo questionario? (<i>Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form?</i>) <i>Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
4. Ha un qualsiasi difetto fisico o infermità? (<i>Have you any physical defect or infirmity?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
5. E' a conoscenza del fatto o ha qualche ragione di credere che le possa essere necessario qualche cura medica particolare o intervento chirurgico nel futuro? (<i>Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
6. Ha consultato un medico negli ultimi 2 anni a causa di qualche problema fisico ricorrente? Si sta sottoponendo attualmente a cure mediche o trattamenti particolari (ad esempio terapia antinfiammatoria o antidolorifica)? (<i>Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing?)</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
7. Ha mai sofferto di appendicite, asma, pressione sanguigna, perdita di sangue dalla bocca, diabete, dispepsia, epilessia, gotta, ernia, paralisi, emorroidi, reumatismi, qualsiasi infezione della pelle, vene varicose, qualsiasi malattia o disturbo del torace o del sistema respiratorio, cuore stomaco o sistema nervoso? Ha qualche difetto alla vista? Ha qualche difetto all'udito? (<i>Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
8. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico o sofferto di altre malattie o infortuni gravi? (<i>Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO



SEZIONE 3: Altre assicurazioni (Other insurance)

9. E' attualmente assicurato contro gli infortuni o malattie? (<i>Are you currently insured against accident or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI" indicare con chi e per quali somme assicurate (If "YES" please say with whom and for what sum insured)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
10. Le è mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni o malattia? Qualche assicuratore le ha mai annullato o si è rifiutato di rinnovare la sua copertura? (<i>Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO
11. Ha mai subito infortuni che hanno generato un sinistro pagato da qualsiasi polizza infortuni o malattia? (<i>Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI", fornire dettagli incluso il grado di invalidità permanente riconosciuto e l'ammontare del danno pagato (If "YES", please provide full information detailing the level of permanent disablement settled and the amount of the claim paid)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI (yes) NO

Per quanto è 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 me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Firma del proponente _____
Proposer's signature

Data _____
Date

Il proponente dichiara di avere ricevuto la seguente documentazione precontrattuale:
The proposer confirm he received the following documentation

- Fascicolo informativo
- Modello 7A

Firma del proponente _____
Proposer's signature

Data _____