

Alleanza Toro S.p.A. - Sede legale Torino, Via Mazzini, 53 - CAP 10123 - Iscr. nel Registro delle Imprese di Torino. C.F. e P.I. n. 10050560019 - Capitale Sociale: Euro 300.000.000 i.v. - Società iscritta all'Albo Imprese ISVAP n. 1.00172 - soggetto all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

DATI TECNICI E CONTRATTUALI

ALLEGATO 1	POLIZZA N.	GERENZA - TORINO
------------	------------	------------------

DICHIARAZIONI SANITARIE

Gli Assicurati devono fornire risposte veritiere e non reticenti alle domande circa il proprio stato di salute. Le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono infatti comportare la Perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Cod. Civ..

Con la sottoscrizione, gli assicurati dichiarano di aver ricevuto l'informativa privacy (mod. n°CR101343.O09) e, preso atto delle informazioni in essa contenute Acconsentono al trattamento dei propri dati per finalità contrattuali ed obblighi di legge, nel rispetto della vigente normativa.

N° 1 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 2 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 3 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 4 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 5 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

Ciascun Assicurato è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore, dovrà essere apposta la firma del genitore esercente la patria potestà. In caso di risposta positiva anche ad una sola domanda, per il relativo Assicurato, la Società si riserva di subordinare la conclusione del contratto, determinandone le condizioni, all' effettuazione della visita medica e alla compilazione del questionario medico ALLEGATO 2

Sul retro del presente allegato sono riportati gli interventi chirurgici e le malattie non influenti ai fini delle dichiarazioni sanitarie.

MODELLO	OGGETTO	A	B
ALLEGATO 1	DICHIARAZIONI SANITARIE – ALLEGATO 1		



CONTRAENTE

INTERVENTI

MALATTIE

Adenoidectomia

Appendicectomia

Asportazione cisti broncogena

Asportazione di fibroma non ossificante dell' osso

Intervento per dotto di Botallo

Intervento per ectropion o entropion

Interventi per cisti esofagee

Interventi per criptiti e papilliti ano-rettali

Interventi per ricostruzione tendinea

Intervento per alluce valgo (solo se l' operazione è stata eseguita in entrambi i piedi)

Intervento per calcolosi delle ghiandole salivari

Intervento per cisti sinoviali

Intervento per cisti, adeniti, ascessi del Bartolino

Intervento per coloboma

Intervento per diveticolite di Meckel

Intervento per emorroidi

Intervento per epicanto

Intervento per ernia crurale, epigastrica, ombellicale, inguinale, inguino-scrotale

Intervento per fimosi

Intervento per idradenoma

Intervento per iperplasia o adenoma della prostata (escluse patologie tumorali maligne)

Intervento per ranula

Intervento per rinofima

Isterectomia (non per forme tumorali maligne)

Nefropessi (intervento per rene mobile o ptosi renale)

Peritonite acuta

Intervento per vene varicose (solo se eseguito su entrambi gli arti)

Settoplastica nasale

Splenectomia post-traumatica (asportazione della milza a seguito di trauma)

Tonsillectomia

Torsione del funicolo spermatico.

Acne volgare

Adenoiditi acute

Ascessi acuti

Bartoliniti acute

Blefarite acuta

Borsiti acute

Bronchiti acute

Polmonite franca lobare

Cerviciti acute

Colera

Coliti acute

Congiuntiviti acute o cheratocongiuntiviti acute non allergiche

Coroiditi acute

Dacrioadeniti acute

Dermatofizie acute

Difterite

Endometriti acute, miometriti acute

Enteriti acute, enterocoliti acute

Epididimiti acute

Eresipela

Faringiti acute, faringo-tracheiti acute

Laringo-tracheiti acute

Gastroenteriti acute

Gengiviti acute

Glossiti acute

Herpes

Idrosoadenite acuta

Impetigine acuta

Infezioni acute vie urinarie

Infezioni acute ghiandole e vie lacrimali

Infezioni respiratorie acute da virus

Iridociclite acuta

Laringite acuta

Leishmaniosi

Malattie esantematiche infantili

Mastiti acute

Meningite meningococcica

Mononucleosi infettiva

Orchiti acute

Paratifo, tifo

Parotite epidemica

Pertosse

Piodermiti acute

Pleurite acuta

Pneumotorace traumatico

Polmoniti acute (purchè non sovrapposte su patologie croniche)

Rabbia

Scabbia

Stomatiti acute

Tendiniti acute

Tetano/botulismo

Tonsilliti acute

Tossinfezioni alimentari

Toxoplasmosi

Tracheobronchiti

Vaginiti acute

Vulviti acute.



TORO

MARCHIO DI ALLEANZA TORO S.p.A.

Proposta / Polizza N. _____

Informativa contrattuale

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che La nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari, (1) al fine di fornire i servizi assicurativi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure – effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4). I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – c/o Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2359 fax 041.336.2449). Il sito www.alleanzatoro.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

NOTE:

- (1) L'art.4, co.1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile); banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi (v. CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria, tra cui Autorità giudiziaria e Forze dell'ordine, ISVAP, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- (5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro e la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

ALLEANZA TORO S.p.A. - Sede operativa di Torino: via Mazzini, 53 CAP 10123 I Tel. +39 011 0029.111 I Fax +39 011 837554 I www.alleanzatoro.it

Sede legale in Torino via Mazzini, 53 - Iscr. nel Registro Imprese di Torino, C.F. e Partita IVA n.10050560019 - Capitale sociale: Euro 300.000.000,00 i.v. Società iscritta all'Albo Imprese ISVAP n.1.00172, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.



CR101343.009

DATI TECNICI E CONTRATTUALI

ALLEGATO 1

POLIZZA N.

GERENZA - TORINO

DICHIARAZIONI SANITARIE

Gli Assicurati devono fornire risposte veritiere e non reticenti alle domande circa il proprio stato di salute. Le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono infatti comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Cod. Civ..

Con la sottoscrizione, gli assicurati dichiarano di aver ricevuto l'informativa privacy (mod. n°CR101343.009) e, preso atto delle informazioni in essa contenute acconsentono al trattamento dei propri dati per finalità contrattuali ed obblighi di legge, nel rispetto della vigente normativa.

N° 1 Assicurato

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ sì | ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ sì | ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ sì | ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ sì | ☐ no |

Firma _____

N° 2 Assicurato

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ sì | ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ sì | ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ sì | ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ sì | ☐ no |

Firma _____

N° 3 Assicurato

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ sì | ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ sì | ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ sì | ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ sì | ☐ no |

Firma _____

N° 4 Assicurato

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ sì | ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ sì | ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ sì | ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ sì | ☐ no |

Firma _____

N° 5 Assicurato

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ sì | ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ sì | ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ sì | ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ sì | ☐ no |

Firma _____

Ciascun Assicurato è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore, dovrà essere apposta la firma del genitore esercente la patria potestà. In caso di risposta positiva anche ad una sola domanda, per il relativo Assicurato, la Società si riserva di subordinare la conclusione del contratto, determinandone le condizioni, all'effettuazione della visita medica e alla compilazione del questionario medico ALLEGATO 2

Sul retro del presente allegato sono riportati gli interventi chirurgici e le malattie non influenti ai fini delle dichiarazioni sanitarie.

MODELLO	OGGETTO	A	B
ALLEGATO 1	DICHIARAZIONI SANITARIE – ALLEGATO 1		



DIREZIONE

INTERVENTI	MALATTIE	
Adenoidectomia	Acne volgare	Leishmaniosi
Appendicectomia	Adenoiditi acute	Malattie esantematiche infantili
Asportazione cisti broncogenica	Ascessi acuti	Mastiti acute
Asportazione di fibroma non ossificante dell' osso	Bartoliniti acute	Meningite meningococcica
Intervento per dotto di Botallo	Blefarite acuta	Mononucleosi infettiva
Intervento per ectropion o entropion	Borsiti acute	Orchiti acute
Interventi per cisti esofagee	Bronchiti acute	Paratifo, tifo
Interventi per criptiti e papilliti ano-rettali	Polmonite franca lobare	Parotite epidemica
Interventi per ricostruzione tendinea	Cerviciti acute	Pertosse
Intervento per alluce valgo (solo se l' operazione è stata eseguiti in entrambi i piedi)	Colera	Piodermiti acute
Intervento per calcolosi delle ghiandole salivari	Coliti acute	Pleurite acuta
Intervento per cisti sinoviali	Congiuntiviti acute o cheratocongiuntiviti acute non allergiche	Pneumotorace traumatico
Intervento per cisti, adeniti, ascessi del Bartolino	Coroiditi acute	Polmoniti acute (purchè non sovrapposte su patologie croniche
Intervento per coloboma	Dacrioadeniti acute	Rabbia
Intervento per diveticolite di Meckel	Dermatofizie acute	Scabbia
Intervento per emorroidi	Difterite	Stomatiti acute
Intervento per epicanto	Endometriti acute, miometriti acute	Tendiniti acute
Intervento per ernia crurale, epigastrica, ombellicale, inguinale, inguino-scrotale	Enteriti acute, enterocoliti acute	Tetano/botulismo
Intervento per fimosi	Epididimiti acute	Tonsilliti acute
Intervento per idradenoma	Eresipela	Tossinfezioni alimentari
Intervento per iperplasia o adenoma della prostata (escluse patologie tumorali maligne)	Faringiti acute, faringo-tracheiti acute	Toxoplasmosi
Intervento per ranula	Laringo-tracheiti acute	Tracheobronchiti
Intervento per rinofima	Gastroenteriti acute	Vaginiti acute
Isterectomia (non per forme tumorali maligne)	Gengiviti acute	Vulviti acute.
Netropessi (intervento per rene mobile o ptosi renale)	Glossiti acute	
Peritonite acuta	Herpes	
Intervento per vene varicose (solo se eseguito su entrambi gli arti)	Idrosoadenite acuta	
Settoplastica nasale	Impetigine acuta	
Splenectomia post-traumatica (asportazione della milza a seguito di trauma)	Infezioni acute vie urinarie	
Tonsillectomia	Infezioni acute ghiandole e vie lacrimali	
Torsione del funicolo spermatico.	Infezioni respiratorie acute da virus	
	Iridociclite acuta	
	Laringite acuta	

DATI TECNICI E CONTRATTUALI

ALLEGATO 1	POLIZZA N.	GERENZA - TORINO

DICHIARAZIONI SANITARIE

Gli Assicurati devono fornire risposte veritiere e non reticenti alle domande circa il proprio stato di salute. Le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono infatti comportare la perdita totale o parziale all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Cod. Civ..

Con la sottoscrizione, gli assicurati dichiarano di aver ricevuto l'informativa privacy (mod. n°CR101343.009) e, preso atto delle informazioni in essa contenute acconsentono al trattamento dei propri dati per finalità contrattuali ed obblighi di legge, nel rispetto della vigente normativa.

N° 1 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 2 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 3 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 4 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

N° 5 Assicurato

- | | |
|---|---|
| a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati ? | ☐ si ☐ no |
| b) Ha subito infortuni o sono state diagnosticate malattie che hanno residuo postumi o limitazioni nella funzione o invalidità o che necessitano di cure? | ☐ si ☐ no |
| c) Ha subito interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo, o ricoveri ospedalieri o sono state diagnosticate malattie diverse da quelle elencate su retro? | ☐ si ☐ no |
| d) Ha in atto patologie per le quali sono stati eseguiti esami o vengono praticate cure? | ☐ si ☐ no |

Firma _____

Ciascun Assicurato è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore, dovrà essere apposta la firma del genitore esercente la patria potestà. In caso di risposta positiva anche ad una sola domanda, per il relativo Assicurato, la Società si riserva di subordinare la conclusione del contratto, determinandone le condizioni, all'effettuazione della visita medica e alla compilazione del questionario medico mod. ALLEGATO 2.

Sul retro del presente allegato sono riportati gli interventi chirurgici e le malattie non influenti ai fini delle dichiarazioni sanitarie.

MODELLO	OGGETTO	A	B
ALLEGATO 1	DICHIARAZIONI SANITARIE – ALLEGATO 1		



INTERVENTI	MALATTIE	
Adenoidectomia	Acne volgare	Leishmaniosi
Appendicectomia	Adenoiditi acute	Malattie esantematiche infantili
Asportazione cisti broncogenica	Ascessi acuti	Mastiti acute
Asportazione di fibroma non ossificante dell' osso	Bartoliniti acute	Meningite meningococcica
Intervento per dotto di Botallo	Blefarite acuta	Mononucleosi infettiva
Intervento per ectropion o entropion	Borsiti acute	Orchiti acute
Interventi per cisti esofagee	Bronchiti acute	Paratifo, tifo
Interventi per criptiti e papilliti ano-rettali	Polmonite franca lobare	Parotite epidemica
Interventi per ricostruzione tendinea	Cerviciti acute	Pertosse
Intervento per alluce valgo (solo se l' operazione è stata eseguita in entrambi i piedi)	Colera	Piodermiti acute
Intervento per calcolosi delle ghiandole salivari	Coliti acute	Pleurite acuta
Intervento per cisti sinoviali	Congiuntiviti acute o cheratocongiuntiviti acute non allergiche	Pneumotorace traumatico
Intervento per cisti, adeniti, ascessi del Bartolino	Coroiditi acute	Polmoniti acute (purchè non sovrapposte su patologie croniche)
Intervento per coloboma	Dacrioadeniti acute	Rabbia
Intervento per diveticolite di Meckel	Dermatofizie acute	Scabbia
Intervento per emorroidi	Difterite	Stomatiti acute
Intervento per epicanto	Endometriti acute, miometriti acute	Tendiniti acute
Intervento per ernia crurale, epigastrica, ombellicale, inguinale, inguino-scrotale	Enteriti acute, enterocoliti acute	Tetano/botulismo
Intervento per fimosi	Epididimiti acute	Tonsilliti acute
Intervento per idradenoma	Eresipela	Tossinfezioni alimentari
Intervento per iperplasia o adenoma della prostata (escluse patologie tumorali maligne)	Faringiti acute, faringo-tracheiti acute	Toxoplasmosi
Intervento per ranula	Laringo-tracheiti acute	Tracheobronchiti
Intervento per rinoforma	Gastroenteriti acute	Vaginiti acute
Isterectomia (non per forme tumorali maligne)	Gengiviti acute	Vulviti acute.
Nefropessi (intervento per rene mobile o ptosi renale)	Glossiti acute	
Peritonite acuta	Herpes	
Intervento per vene varicose (solo se eseguito su entrambi gli arti)	Idrosoadenite acuta	
Settoplastica nasale	Impetigine acuta	
Splenectomia post-traumatica (asportazione della milza a seguito di trauma)	Infezioni acute vie urinarie	
Tonsillectomia	Infezioni acute ghiandole e vie lacrimali	
Torsione del funicolo spermatico.	Infezioni respiratorie acute da virus	
	Iridociclite acuta	
	Laringite acuta	