



Several  
INSURANCE BROKERS

**DA INVIARE A SEVERAL SRL - TELEFAX N. 040.3489421 MAIL: [segreteria@severalbroker.it](mailto:segreteria@severalbroker.it)**

## ***QUOTAZIONE DEL RISCHIO COPERTURA VITA TEMPORANEA TEMPORARY LIFE ASSURANCE***

---

### **AVVISO IMPORTANTE - IMPORTANT NOTICE**

**Rispondete alle domande sulla base di quanto in Vostra conoscenza.  
In caso di dubbi nel considerare un fatto rilevante o meno, lo stesso deve essere specificato.**

#### **IMPORTANTE:**

**La presente non è una proposta di assicurazione ma un semplice questionario per ricercare nel mercato assicurativo una copertura assicurativa Temporanea caso morte.**

**Evidenziamo quindi che qualora verrà richiesta l'emissione della polizza si dovrà compilare la proposta formale della Compagnia scelta. La stessa potrà contenere ulteriori quesiti e la quotazione potrà essere soggetta a modifiche da parte dell'Assicuratore nel caso le nuove informazioni assunte siano valutate negativamente.**

## Compilare in stampatello

### DATI DELL'ASSICURANDO

**Nome e cognome (in stampatello) / Full name (Block Letters)**

**TEL. CELL.**

**/ MAIL:**

**Indirizzo/ Address**

**Professione (specificare l'attività svolta) / Occupation and duties**

**Nato a / Born at**

**Altezza / Height**

**Il / On**

**Peso / Weight**

**Stato civile / Married or single**

**Data di nascita / date of birth**

**Somma da assicurare / Sum to be Assured**

**Durata / Period of Assurance required**

**Beneficiario / Beneficiary**

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1.	Statura in cm: _____ Peso Kg: _____ Pressione arteriosa massima ____ minima _____		
2.	Gode attualmente di buona salute?	SI	NO
3.	Nella sua parentela ci sono stati casi di malattie di cuore o della circolazione prima dell'età di 65 anni	SI	NO
4.	Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdita di peso ingiustificata, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, disturbi alla pelle	SI	NO
5.	Si è mai sottoposto a test HIV e/o a test sull'epatite virale che abbia rilevato situazioni anormali?	SI	NO
6.	Soffre o ha sofferto di malattie a carico dei seguenti sistemi: Cardiocircolatorio, Ematologico, Endocrino, Gastrointestinale, Immunitario, Nervoso, Respiratorio, Osteo-Articolare, Urogenitale?	SI	NO
7.	E' stato ricoverato in ambiente ospedaliero per accertamenti diagnostici, patologie o interventi chirurgici (esclusi interventi di appendice, tonsille, ernia vena safena, varici, emorroidi, menisco, fratture degli arti, setto nasale)?	SI	NO
8.	Fuma?	SI	NO
9.	E' abituato o ha bisogno di bere alcolici prima di mezzogiorno?	SI	NO
10.	Fu uso o ha mai fatto uso di farmaci in maniera continuativa?	SI	NO
11.	Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	SI	NO
12.	E' stato riconosciuto invalido, o ha incorso un procedimento di riconoscimento d'invalidità da un Ente pubblico o privato?	SI	NO
13.	L'Assicurato ha già presentato altre proposte di assicurazione per le quali è stato rifiutato, oppure ha già in corso altre assicurazioni per le quali è stato accettato con il pagamento di sovra premi?	SI	NO
14.	Svolge un'attività professionale che la espone a rischi particolari	SI	NO
15.	Pratica attività sportive pericolose	SI	NO
16.	L'Assicurando sa di dover intraprendere viaggi fuori Europa in paesi a rischio?	SI	NO

Dettagli o commenti del cliente alle domande sopra citate:

N. \_\_\_\_ commento: \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

**Dichiaro/iamo che le risposte ed i fatti esposti in questo questionario sono veritiere e non ho/abbiamo rilasciato dichiarazioni non rispondenti alla realtà, omesso o sottaciuto nessun fatto importante.**

**Mi dichiaro/ci dichiariamo d'accordo che questa proposta così come ogni altra informazione da me/noi fornita formerà parte integrante del contratto assicurativo. Mi dichiaro/ci dichiariamo disponibili ad informare immediatamente il broker o gli assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione della presente questionario.**

**La firma del presente questionario non impegna il proponente alla stipulazione del contratto.**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Proponente

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Intermediario