

CONVENZIONE VITA COLLETTIVA

n.

Assicurazione per il caso di morte o invalidità totale e permanente

SCHEMA DI ADESIONE – Dichiarazione stato di buona salute

CONTRAENTE

P.IVA

ASSICURANDO

C.F.

Il sottoscritto Assicurando DICHIARA che :

- (1) Non è attualmente assente dal lavoro e non presenta disturbi, malattie e/o lesioni fisiche che lo obbligano ad interrompere le normali attività della vita quotidiana in modo totale o parziale. Non è in attesa di essere sottoposto ad interventi chirurgici, analisi cliniche o di consultare un medico;
- (2) Non è stato affetto e non è affetto da alcuna malattia acuta e/o cronica quali ad esempio disturbi a carico di sistema nervoso, apparato respiratorio, cardio-vascolare oppure nefro-genito-urinario, malattie del sangue (anemie, emorragie, leucemie, linfomi), ipertensione arteriosa, sieropositività da HIV, epatite B o C, cancro, diabete, obesità (presente quando la differenza tra il peso in chilogrammi e l'altezza in centimetri non è compresa tra 82 e 119);
- (3) Non ha mai assunto né assume sostanze stupefacenti e al momento della sottoscrizione non ha patologie che prevedano un trattamento farmacologico superiore a 30 giorni consecutivi;
- (4) Negli ultimi 5 anni non ha presentato disturbi, malattie o lesioni fisiche che abbiano condizionato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana per un periodo superiore a 20 giorni consecutivi (eccetto la gravidanza) e non è stato ricoverato per patologie diverse dalle seguenti: difetti della vista, deviazione del setto nasale, adenotonsillite, appendice, ernia inguinale, parto, chirurgia estetica, emorroidi, ragadi, varici, lesioni a menischi o legamenti, fratture di arti, estrazioni dentali.
- (5) Nello svolgimento del suo lavoro, o nel tempo libero, non pratica alcuna attività pericolosa con utilizzo di sostanze pericolose o nocive alla salute o ha soggiornato per un periodo superiore a 6 mesi in paesi extraeuropei.

.....

.....

Luogo e data di compilazione

Firma (leggibile) dell'Assicurando