



SB Broker Srl
Sede Legale: Via Visconti di Modrone, 20122 Milano (MI) - Italia
Sede Operativa: Piazza Duomo 53, 27058 Voghera (PV) - Italia
T (+39) 02 4003 1573 | F (+39) 02 9544 1990
E info@sbbroker.it | W www.sbbroker.it

Questionario Infortuni e Malattia

Accident and Illness Proposal Form

PARTE PRIMA DA COMPILARE SEMPRE
FIRST PART TO BE COMPLETED IN ANY CASE

La preghiamo prima di compilare il questionario di leggere la dichiarazione riportata nell'ultima pagina e poi di rispondere alle seguenti domande in modo completo e di fornire dettagli se richiesti. Il presente questionario per essere valido deve essere restituito **firmato e datato**.

Before any question is answered read carefully the declaration on the last page of this Proposal and after answer all questions fully and give additional information when requested. For this Proposal to be valid it must be returned signed and dated.

1. **Nome ed indirizzo completi del Proponente (se è una persona diversa dall'Assicurato);**
Full name and full address of the Policyholder (if other than the person to be insured);
.....
2. **Partita IVA o Codice Fiscale / Fiscal Code or VAT number:**
3. **Relazione con la Persona da assicurare:**
Relationship to the Person to be insured:
4. **Specificare il periodo di copertura richiesto/ Please state insurance period requested: da/from a/to.....**

LE SEGUENTI DOMANDE RIGUARDANO L'ASSICURANDO IN GENERALE
THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE IN GENERAL TO THE PERSON TO BE INSURED

5. **Nome ed indirizzo completi;**
Full name and full address;
.....
6. **Data di nascita /Date of birth:** **Codice Fiscale / Tax code**
7. **Sesso / Sex;** ☐ Male ☐ Female
8. **Peso in Kg; Weight in Kg;** **Altezza in cm; Height in cm;**
9. **Occupazione (specificare se piu di una); / Occupation (if more than one, state all);**
10. **Fumatore?/ Smoker?** ☐ **Si/Yes – Cosa e quanto al giorno / Please state what and how many per day**
☐ **No/No - Se ha smesso indicare da quando / If you have given up please state when**
- Consuma alcolici?/ Do you drink alcohol?**
☐ **Si/Yes Cosa e quanto al giorno / Please state what and how much per day**
☐ **No/No**
11. **Indicare il numero approssimativo di viaggi per il prossimo anno come passeggero su voli di linea, e**
Please state approximate number of flights as a passenger on scheduled flight for the next year, and:
Indicare la percorrenza media annua in km su veicoli a motore;
Please state average mileage per annum on motor vehicles;

Le seguenti domande servono ad una valutazione complessiva del rischio. I termini ed il costo della Vostra copertura possono variare a seconda della inclusione o meno in polizza delle attività qui di seguito elencate. Alcune di queste attività possono comunque e sempre rimanere escluse dalla copertura. Per maggiori informazioni Vi preghiamo di leggere attentamente il testo di polizza o di chiedere al Vs. intermediario. The following questions will allow us to fully evaluate the extent of your coverage. Please note that terms and cost may vary following the inclusion or not of the activities indicated below. Please also note that some activities are always excluded from coverage. For more information please refer to the policy wording or ask directly your broker.

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| 12. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?/ Flights other than as a passenger? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 13. Viaggi aerei con voli NON di linea?/ Flights other than using scheduled flights? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 14. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ Travel abroad for business or leisure? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 15. Sport invernali?/ Winter Sports? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 16. Immersioni subacquee con respiratore?/ Scuba Diving? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 17. Alpinismo con uso di funi e guide?/ Mountainering with use of ropes and guides? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 18. Speleologia?/Potholing? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 19. Volo a vela o paracadutismo?/Hang-gliding or parachuting? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 20. Caccia a cavallo, attività equestre?/ Hunting on horseback, horse riding? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 21. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?
<i>Participation to any kind of runnig, race or competition?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 22. Guidate moto?/ Do you drive motor cycles or a scooter? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 23. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?
<i>Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 24. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?/ Do you suffer from defective hearing or vision? | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |
| 25. Sofferto di qualsiasi patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?
<i>Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?</i> | <input type="checkbox"/> Si/Yes | <input type="checkbox"/> No/No |

**SE AVETE INDICATO SÌ ALLE DOMANDE DALLA 12 ALLA 25 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;
IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 12 TO 25 PLEASE GIVE FULL DETAILS;**

.....
.....
.....

26. Quali infortuni Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni? *What accidents have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 7 days during the past 5 years?*

.....

27. Siete attualmente assicurato per infortuni? In caso positivo specificate con chi e per quali massimali.
Are you insured against accident? If yes, please state with whom and for what sum insured.

.....

28. Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni? In caso positivo fornire dettagli / Have u ever been declined coverage, given coverage at special terms or had your accident policy not renewed or had it cancelled? If yes, please give details.

.....

29. Può confermare che la massima somma assicurata per la garanzia Morte da Infortunio o Invalidità Permanente da Infortunio non superi le 10 volte il suo reddito annuo lordo proveniente dalla sua occupazione principale? / Could you confirm that the maximum Sum Insured for the benefit Accidental Death or Permanent Disablement by Accident is not higher than 10 times your annual gross income from your principal occupation?

Se supera la preghiamo di dare dettagli / If over, please give details.

30. Se ha intenzione di acquistare la garanzia Morte da Infortunio potrebbe per cortesia indicarci i beneficiari da inserire in polizza? / If you have requested the benefit "Accidental Death" could you please state the beneficiaries to be inserted in policy?

Dichiarazione

Per quanto e' 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 nè 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, con data, della Persona da assicuraredata

Signature and Date of the Assured

Firma, con data, del Proponente (se richiesta)data.....

Signature and Date of the Policy Holder (if required)

SPAZIO RISERVATO ALLE INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:
ADDITIONAL INFORMATION:

Per cortesia, ritornare il questionario compilato, firmato e datato a:

Please return completed, signed and dated proposal form to:

SB Broker Srl, Via Visconti di Modrone 33, 20122 Milano (MI) - Fax (+39) 02 9544 1990 - Email: info@sbbroker.it