

**Modulo di adesione da inviare:  
a mezzo fax allo 02., +1% (%%) &  
per informazioni: tel 02.91.98.33.11**

**ASSIMEDICI<sup>®</sup>**  
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

**POLIZZA INFORTUNI ALL RISK**  
**24 ore su 24**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Data di nascita		Luogo di nascita
Prov.		
Albo di	Iscrizione Nr.	Associazione

Morte da infortunio	Invaldità Permanente Tabella INAIL	Diaria da ricovero e da gesso	Diaria da convalescenza	Spese mediche da infortunio	Importo annuo ESCLUSO accesso ai cantieri	Importo annuo INCLUSO accesso ai cantieri	SOLUZIONE PRESCELTA
€ 100.000	€ 100.000	===	===	€ 2.500	€ 170 <input type="checkbox"/>	€ 200 <input type="checkbox"/>	<b>BASIC</b>
€ 100.000	€ 100.000	€ 25	€ 25	€ 2.500	€ 230 <input type="checkbox"/>	€ 270 <input type="checkbox"/>	<b>STANDARD</b>
€ 100.000	€ 150.000	€ 50	€ 50	€ 3.000	€ 340 <input type="checkbox"/>	€ 390 <input type="checkbox"/>	<b>CLASSIC</b>
€ 100.000	€ 200.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 400 <input type="checkbox"/>	€ 450 <input type="checkbox"/>	<b>SILVER</b>
€ 150.000	€ 300.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 450 <input type="checkbox"/>	€ 520 <input type="checkbox"/>	<b>GOLD</b>
€ 200.000	€ 400.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 620 <input type="checkbox"/>	€ 720 <input type="checkbox"/>	<b>PLATINUM</b>
€ 250.000	€ 500.000	€ 50	€ 50	€ 5.000	€ 730 <input type="checkbox"/>	€ 840 <input type="checkbox"/>	<b>DIAMOND</b>
€ 500.000	€ 500.000	€ 100	€ 100	€ 10.000	€ 1.050 <input type="checkbox"/>	€ 1.210 <input type="checkbox"/>	<b>EXCLUSIVE</b>
€ 700.000	€ 700.000	€ 100	€ 100	€ 15.000	€ 1.380 <input type="checkbox"/>	€ 1.590 <input type="checkbox"/>	<b>V.I.P.</b>
€ 1.000.000	€ 1.000.000	€ 100	€ 100	€ 15.000	€ 1.810 <input type="checkbox"/>	€ 2.080 <input type="checkbox"/>	<b>TOP</b>

Gli importi comprendono: diritti di emissione, premio lordo e consulenza

**Effetto\*** | | | | | **Scadenza** | | | | |

\*La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

**Pagamento:**

**Bonifico bancario:** Banca Popolare di Vicenza - Filiale N.5 MI C/C intestato **ASSIMEDICI Srl**

IBAN: IT 26 M 05728 01600 023571 14860 - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**  VISA  MASTERCARD

NR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Scad. | | | | | / | | | | | CVV\* | | | | |

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Il Contraente dichiara:**

di aver ricevuto, o scaricato dal sito [www.assiprofessionisti.it](http://www.assiprofessionisti.it), prima della sottoscrizione del contratto il fascicolo informativo di cui al Regolamento IVASS n. 35/2010.

di aver ricevuto e o scaricato il modulo contenente l'informativa sulla privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

**Nel rispetto della vigente normativa,** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi; 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_

Firma



**ASSIMEDICI Srl**  
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.11.52  
Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357  
[www.assimedici.it](http://www.assimedici.it) E-mail [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it) PEC [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it)  
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011  
Capitale Sociale 50.000,00 i.v. - Iban Conto Separato IT26M0572801600023571142860

Numero Verde  
**800-MEDICI**  
**800-633424**

**STEFFANO GROUP**

**Questionario Lloyd's Infortuni e Malattia**

*Accident and Illness Lloyd's 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. 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**

**4. Nome ed indirizzo completi;**

*Full name and full address; .....*

.....

**5. Data di nascita /Date of birth: .....Codice Fiscale / Tax code .....**

**6. Sesso / Sex;**

Male

Female

**7. Peso in Kg; Weight in Kg; ..... Altezza in cm; Height in cm; .....**

**8. Occupazione (specificare se piu di una); / Occupation (if more than one, state all); .....**

**9. 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

**10. 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.**

**11. Viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?/ Flights other than as a passenger?**

Si/Yes

No/No

**12. Viaggi aerei non con voli di linea?/ Flights other than using scheduled flights?**

Si/Yes

No/No

**13. Viaggi all'estero per lavoro o piacere?/ Travel abroad for business or leisure?**

Si/Yes

No/No

14. Sport invernali?/ Winter Sports?  Si/Yes  No/No
15. Immersioni subacquee con respiratore?/ Scuba Diving?  Si/Yes  No/No
16. Alpinismo con uso di funi e guide?/ Mountainering with use of ropes and guides?  Si/Yes  No/No
17. Speleologia?/ Potholing?  Si/Yes  No/No
18. Volo a vela o paracadutismo?/ Hang-gliding or parachuting?  Si/Yes  No/No
19. Caccia a cavallo, attività equestre?/ Hunting on horseback, horse riding?  Si/Yes  No/No
20. Partecipazione a qualsiasi tipo di gara, corsa o competizione?  
*Participation to any kind of running, race or competition?*  Si/Yes  No/No
21. Guidate moto?/ Do you drive motor cycles or a scooter?  Si/Yes  No/No
22. Qualsiasi altro sport, occupazione, passatempo che possa costituire aggravamento di rischio?  
*Any other sports, occupation or pastime which is likely to increase the risk of an accident?*  Si/Yes  No/No
23. Soffrite di difetto alla vista o all'udito?/ Do you suffer from defective hearing or vision?  Si/Yes  No/No
24. 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?  
*Any condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?*  Si/Yes  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;**

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

25. 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?*

.....

26. 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.

.....

**PARTE SECONDA DA COMPILARE SOLO SE SI RICHIEDE LA GARANZIA INV. PERM. DA MALATTIA**  
**SECOND PART TO BE COMPLETED ONLY IF YOU REQUIRE THE BENEFIT PERMANENT DISABLEMENT BY SICKNESS.**

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.*

**AVETE MAI SOFFERTO DI / HAVE YOU EVER SUFFERED FROM:**

1. Ernia del disco, altri disturbi alla spina dorsale o altre patologie reumatiche o da artrite?  
*Discal hernia, other spinal disorder or any other rheumatic or arthritic condition?*  Si/Yes  No/No
2. Pressione alta, patologie cardiache, emorroidi, vene varicose, altri problemi alla circolazione, febbri reumatiche o diabete?  
*High blood pressure, a heart condition, haemorrhoids, varicose veins or other circulatory disorder, Rheumatic fever or diabetes?*  Si/Yes  No/No
3. Stati di depressione o ansietà, stati nervosi o mentali, casi di svenimento, perdita temporanea di conoscenza, fitte o paralisi di alcun genere, dipendenza da droghe o alcolici?  
*Clinical depression or anxiety, any nervous or mental condition, fainting episode, blackout, fits or paralysis of any kind, alcohol or drug addiction?*  Si/Yes  No/No

4. **Problema respiratorio, urinario o allergico, o qualsiasi altro problema all'apparato digerente?**  **Si/Yes**  **No/No**  
*Any respiratory, urinary or allergic condition, or any disorder of the digestive system?*

5. **Qualsiasi altra patologia negli ultimi 5 anni che abbia richiesto visite o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?**  **Si/Yes**  **No/No**  
*Any other condition in the past 5 years needing medical advice or treatment, or any symptoms or tendency that might necessitate this in the future?*

**SE AVETE INDICATO SÌ ALLE DOMANDE DALLA 1 ALLA 5 VI PREGHIAMO DI FORNIRE DETTAGLI COMPLETI;**  
**IF YOU HAVE TICKED YES TO ANY ANSWER FROM 1 TO 5 PLEASE GIVE FULL DETAILS;**

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

6. **Vi siete mai sottoposto o avete qualche motivo di credere di doverVi sottoporre ad un intervento chirurgico? In caso positivo fornire dettagli:** *Have you undergone or have any reason to believe you may need to undergo a surgical operation? If yes, give details:*

.....

7. **Avete consultato il Vostro medico curante negli ultimi 24 mesi? Se sì, spiegare i motivi della visita ed indicare la data.** *Have you consulted your GP in the last 24 months? If yes, please give the date and full reason for consultation:*

.....

8. **Quali malattie Vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 14 giorni negli ultimi 5 anni?** *What illnesses have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 14 days during the past 5 years?*

.....

9. **Vi siete mai sottoposti al test HIV / AIDS, epatite B o C o avete alcuna ragione o stile di vita che Vi possa far credere di poter risultare positivo al test HIV / AIDS, epatite B o C? Siete mai risultati positivi ad altre malattie trasmesse sessualmente o state aspettando i risultati di questi test? Se sì, dare informazioni.** *Have you ever tested or do you have any reason by way of lifestyle to believe that you could test positive to HIV / AIDS ; Hepatitis B or C? Have you ever tested positive for any other sexually transmitted disease, or are you awaiting the result of such a test? If yes, please give details:*

.....

10. **Al di là delle informazioni che avete fornito qui sopra, attualmente ed in generale godete di buona salute?** *Apart from any other matter you have already described above, are you now and do you generally enjoy good health?*

.....

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

.....

**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 assicurare .....** **data .....**  
*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: