

QUESTIONARIO INFORTUNI

Assicurando:

Assicurando Nato/a a Data di nascita

Codice Fiscale Eventuale Partita IVA

Via Civico Cap Città

e-mail telefono cellulare

Dati tecnici

Data Effetto Data Scadenza
 Frazionamento Tacito Rinnovo **SI** **NO**

L'assicurato ha in corso coperture con per gli stessi rischi garantiti dalla presente polizza, diverse da polizze cumulative offerte da associazioni o enti? Se Sì, indicare Società, n. polizza, garanzie e somme assicurate, scadenza. **SI** **NO**

Società n. polizza garanzie e somme assicurate scadenza

All'assicurato sono state annullate, rifiutate, o accettate con deroghe alle condizioni standard, delle polizze per coperture infortuni o per gli altri rischi assicurati con la presente polizza **SI** **NO**

ATTIVITÀ PRINCIPALE:

Descrizione:

Tipo Professione¹:

Classe Veicolo²:

Tipo Copertura³:

¹ Non retribuito, Dipendente, Professionista, Dirigente, Titolare di Impresa

² Classe 1 autovetture, autotassametri, autocarri fino 35 q.li, motocarri e ciclomotori trasporto cose;

Classe 2 veicoli della Classe 1, nonché gli autocarri oltre 35 q.li, autobus, macchine agricole;

Classe 3 veicoli della Classe 2, nonché i motocicli oltre 150cc;

Classe 4 veicoli della Classe 3, nonché i motocicli fino 150cc, ciclomotori

³ 24 h, tempo libero, professionale, circolazione

Garanzie

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------|---|---------------|--|
| Infortuni - Morte | <input type="checkbox"/> | Somma Assicurata: | € | Beneficiario: | |
| Invalità permanente | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | | | | | |
|--|---------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---|
| Infortuni - Morte | | | | € | Beneficiario: | |
| Invalità permanente | Tabella INAIL | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | € |
| Sostegno per gravi infortuni | | | | | | |
| Infortuni in mobilità alternativa | | | | | | |
| Danno estetico | | | | | | |
| Inabilità temporanea | | | | | | |
| Indennità da ricovero | | | | | | |
| Indennità immobilizzazione | | | | | | |
| Rimborso spese cura | | | | | | |
| Indennità Sospensione patente | | | | | | |
| Vitalizio Invalità permanente | | | | | | |
| RC Contraente | | | | | | |
| Invalità Permanente da malattia | | | | | | |
| Vitalizio Invalità permanente da malattia | | | | | | |
| Indennità da ricovero (Malattia, Parto e Infortunio) | | | | | | |
| Tutela legale Malapratica e Abusi | | | | | | |

Clausole Bene

L'assicurato ha subito ricoveri negli ultimi 5 anni non dovuti a: parto, appendicectomie, tonsilliti, adenoidi, faringiti, broncopolmoniti, ernie, emorroidi, congiuntiviti, febbri influenzali, malattie esantematiche (morbillo, varicella, ecc.)?

SI NO

L'assicurato ha subito accertamenti diagnostici, trattamenti curativi, interventi chirurgici o ricoveri in istituti di cura per una o più malattie (vedere per elenco malattie)

SI NO

L'assicurato è affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), epilessia, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati

SI NO

L'assicurato è affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), epilessia, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi, immunodeficienza acquisita (AIDS) o sieropositività (HIV), Parkinson, Alzheimer, sclerosi laterale primaria, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla

SI NO

L'assicurato ha subito negli ultimi 5 anni traumi o fratture che abbiano originato una invalità permanente superiore al 5%

SI NO

L'assicurato è titolare di una pensione o di una rendita di invalidità permanente da infortunio

SI NO

L'assicurato è titolare di una pensione o di una rendita di invalidità permanente da malattia

SI NO

Garanzia INFORTUNI - Sostegno per gravi infortuni

Indennità mutuo e prestiti

SI NO

Spese Abitazione e Autovettura

SI NO

IP limitata a malattie gravi

SI NO

Sostegno Temporaneo

SI NO

Indennità convalescenza

SI NO

C&C Servizi S.r.l.
PROGETTISTI DI SOLUZIONI

PEC info.ccservizisrl@pec.it

Sezione A del RUI cod.A000600482 Codice Univoco X2PH38J P. IVA 01472550522 IBAN Conto separato IT18W0306971944100000006646

Sedi e recapiti

V.le P.Toselli 106/B 53100 Siena Ph +39 0577 48108 Fax +39 0577 40410 WhatsApp +39 377 524 0527

Via Borgaccio, 23 53036 Poggibonsi(Siena) Ph +39 0577 983263 Fax +39 0577 936103 WhatsApp +39 347 516 5227

Via Finlandia, 88, 50126 Firenze (FI) Ph (+39) 055 9103000 Fax (+39) 0577 40410