



Riattivazione versamenti periodici

Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

Legale Rappresentante¹

Cognome

Nome

C.F.

1. Da compilare solo in caso di Contraente Persona Giuridica o di soggetto incapace di agire.

Comunico la riattivazione dei versamenti periodici, come previsto dalle Condizioni Contrattuali.

➤ **La Compagnia verifica la coerenza della richiesta con le Condizioni Contrattuali ed esegue l'operazione nei tempi previsti.**

Compilare il questionario allegato se la tariffa prevede la copertura del rischio morte e se la riattivazione è richiesta dopo sei mesi dalla prima rata non pagata (All. 1).

Luogo e data



Firma del Cliente/Legale Rappresentante

Timbro banca e firma intermediario

Allego copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo, in corso di validità, del Cliente o del Legale Rappresentante in caso di Persona Giuridica o di soggetto minore e/o incapace di agire.



Allegato 1

AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del Questionario per la riattivazione della polizza, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario per la riattivazione della polizza.

QUESTIONARIO PER LA RIATTIVAZIONE DELLA POLIZZA VITA

CONTRAENTE: _____

ASSICURATO: _____

Per poter riattivare la polizza, l'Assicurato dichiara:

- di godere di buona salute, di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti, di non aver sofferto di malattie gravi o significative, di non aver consultato medici per eventi morbosi significativi, di non essere stato ricoverato in ambiente ospedaliero per malattie o per interventi chirurgici significativi (vedi il Nota Bene in calce). Nel caso in cui fossero insorte ulteriori situazioni patologiche rispetto a quanto riportato in sede di sottoscrizione del contratto, indicare quali e se sono tuttora in corso:

- che la sua attuale attività professionale è:

- di dedicarsi ai seguenti sports (indicare se professionista o dilettante)

- che le risposte da lui fornite sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza riconoscendo, inoltre, che le stesse sono elementi necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Luogo e data _____



Firma Assicurato



Visto del Soggetto incaricato
per l'identificazione dell'Assicurato

N.B.: per malattie gravi o significative si intendono: neoplasie maligne di qualsiasi tipo, leucemie, linfomi, mielomi, cardiopatie ischemico-dilatative, scompensi cardiaci, infarti del miocardio, valvulopatie cardiache di grado elevato, ipertensioni arteriose maligne, talassemia maggiore, vasculopatie cerebrali e sistemiche gravi, ictus celebrale, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson in fase avanzata, malattie del motoneurone, miastenia grave, cirrosi epatiche da epatopatie croniche attive B e C correlate, gravi insufficienze respiratorie da enfisema e broncopneumopatia, insufficienze renali croniche gravi in dialisi, diabete insulina-dipendente (insorto prima dei trenta anni di età), psicopatie, sclerosi a placche, connettiviti sistemiche e vascoliti gravi su base immunologica, immunodeficienza da HIV. Per interventi chirurgici significativi si intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, oppure eseguiti a scopo di trapianto.