



## Riattivazione versamenti periodici

### Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

### Legale Rappresentante<sup>1</sup>

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.