

## Modulo di Adesione

### A | DATI ASSICURANDO/ASSICURATO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tessera FABI # \_\_\_\_\_

Situazione Professionale       In attività       In pensione / Prepensionamento       Altro \_\_\_\_\_

### B | OPZIONE DI COPERTURA

Indicare       Opzione A       Opzione B       Opzione C

Garanzia Facoltativa | Grandi Interventi       SI       NO

### C | QUESTIONARIO AUTOSUFFICIENZA (in caso di risposte affirmative, fornire evidenze da parte del Medico Curante)

1 | Soffre o ha sofferto una delle affezioni qui sottoindicate:

- **Cardiovascolare:** Ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie       SI       NO
- **Neurologiche:** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopia       SI       NO
- **Malattie croniche:** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periarterite nodosa       SI       NO
- **Tumore maligno**       SI       NO

2 | Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla o Le viene o Le è stata riconosciuta una pensione di Invalidità pari o superiore al 10% oppure ha già fatto richiesta per la pensione di invalidità?       SI       NO

3 | È stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia?       SI       NO

4 | Negli ultimi 5 anni, è stato sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altro) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa?       SI       NO

5 | Deve sottoporsi a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico od essere ricoverato in ospedale?       SI       NO

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del C.C., che le notizie contenute nel presente questionario, da Lui/Lei rese in collaborazione con il medico curante, sono conformi a verità, non avendo sottratto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Autorizzo la Vostra Società a comunicare queste informazioni a chi di dovere, riassicuratori ed organismi professionali abilitati; ho il diritto di accederVi e rettificarle presso la Vostra Società

**H a r m o n i e   m u t u e l l e   I t a l i a**

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964  
REA | MI-2008684 – Codice IVASS Impresa | D915R – N° di iscrizione IVASS | L00114  
@mail | info@harmoniemutuelleitalia.it – Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it

Luogo e Data

---

Firma

---

---

**H a r m o n i e   m u t u e l l e   I t a l i a**

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964  
REA | MI-2008684 – Codice IVASS Impresa | D915R – N° di iscrizione IVASS | L00114  
@mail | info@harmoniemutuelleitalia.it – Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it