

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 affermative, 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, miopatia ☐ SI ☐ NO
 - **Malattie croniche:** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite 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 sottaciuto 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-

Harmonie mutuelle Italia

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

Pag. 47 a 57

Luogo e Data

Firma
