



CHC Solutions

PROPOSTA PER LA POLIZZA INFORTUNI DEL CALCIATORE PROFESSIONISTA

SEZIONE 1: Assicurando (Person to be insured)

Cognome: (Surname)		Nome: (Name)	
INDIRIZZO (ADDRESS)	Via: (Street)	Numero.: (Number)	
Città: (Town)		C .A.P.: (Postcode)	Provincia: (District)
Data di nascita: (Date of birth)		Luogo di nascita: (Place of birth)	
Nazionalità: (Nationality)		Codice Fiscale: (Fiscal Code)	
Squadra: (Team)	Categoria: (League)	Ruolo: (Position)	
Salario Annuo: (Annual Salary)		Altezza: (Height)	Peso: (Weight)
PERIODO DI COPERTURA (PERIOD OF COVERAGE)	Dalle ore 24 del: (From 24hrs of)	Alle ore 24 del: (To 24hrs of)	
Somma assicurata richiesta: (Requested Sum Insured)		Premio Lordo Annuo: Annual Gross Premium	

SEZIONE 2: Situazione sanitaria personale (Personal medical details)

1. E' attualmente libero da infortuni/malattie e sta giocando regolarmente per la sua squadra? (Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team?) <i>Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)</i>	SI / NO YES / NO
2. Negli ultimi 36 mesi ha saltato più di 4 partite consecutive a causa di infortuni/malattie? (During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness?) <i>Se si risponde "SI", inserire date, motivi e numero di partite perse (If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)</i>	SI / NO YES / NO
3. E' attualmente in buona salute e lo è stato nell'anno precedente la compilazione di questo questionario? (Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form?) <i>Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)</i>	SI / NO YES / NO

<p>4. Ha un qualsiasi difetto fisico o infermità? (<i>Have you any physical defect or infermity?</i>) Se si risponde “SI” fornire una spiegazione (If “YES” please give details)</p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>5. E’ a conoscenza del fatto o ha qualche ragione di credere che le possa essere necessario qualche cura medica particolare o intervento chirurgico nel futuro? (<i>Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?</i>) Se si risponde “SI” fornire una spiegazione (If “YES” please give details)</p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>6. Ha consultato un medico negli ultimi 2 anni a causa di qualche problema fisico ricorrente Si sta sottoponendo attualmente a cure mediche o trattamenti particolari (ad esempio terapia antinfiammatoria o antidolorifica)? (<i>Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing?)</i>) Se si risponde “SI” fornire una spiegazione (If “YES” please give details)</p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>7. Ha mai sofferto di appendicite, asma, pressione sanguigna, perdita di sangue dalla bocca, diabete, dispepsia, epilessia, gotta, ernia, paralisi, emorroidi, reumatismi, qualsiasi infezione della pelle, vene varicose, qualsiasi malattia o disturbo del torace o del sistema respiratorio, cuore stomaco o sistema nervoso? Ha qualche difetto alla vista? Ha qualche difetto all’udito? (<i>Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing?</i>) Se si risponde “SI” fornire una spiegazione (If “YES” please give details)</p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>8. E’ mai stato sottoposto ad intervento chirurgico o sofferto di altre malattie o infortuni gravi? (<i>Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?</i>) Se si risponde “SI” fornire una spiegazione (If “YES” please give details)</p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>8.1 In caso di risposta “Sì”, fornire una spiegazione dettagliata specificando: Sede e natura dell’evento: Indicare l’esatta localizzazione anatomica e il tipo di infortunio. Estensione del danno: Specificare con precisione quali strutture sono state colpite (es. rottura del legamento crociato anteriore). Esclusioni: Specificare quali parti o strutture correlate non sono state coinvolte (es. menisco integro, nessun danno collaterale). (<i>If “YES”, please provide a detailed explanation specifying:</i> <i>Site and nature of the event: Indicate the exact anatomical location and the type of injury. Extent of the damage: Specify exactly which structures were affected (e.g., anterior cruciate ligament rupture). Exclusions: Specify which related parts or structures were NOT involved (e.g., intact meniscus, no collateral damage).</i>)</p>	

SEZIONE 3: Altre assicurazioni (Other insurance)

<p>9. E' attualmente assicurato contro gli infortuni o malattie? (<i>Are you currently insured against accident or illness?</i>) Se si risponde "SI" indicare con chi e per quali somme assicurate (If "YES" please say with whom and for what sum insured)</p>	<p align="center">SI / NO YES / NO</p>
<p>10. Le è mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni o malattia? Qualche assicuratore le ha mai annullato o si è rifiutato di rinnovare la sua copertura? (<i>Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy?</i>) Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</p>	<p align="center">SI / NO YES / NO</p>
<p>11. Ha mai subito infortuni che hanno generato un sinistro pagato da qualsiasi polizza infortuni o malattia? (<i>Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness?</i>) Se si risponde "SI", fornire dettagli incluso il grado di invalidità permanente riconosciuto e l'ammontare del danno pagato (If "YES", please provide full information detailing the level settled and the amount of the claim of permanent disablement paid)</p>	<p align="center">SI / NO YES / NO</p>

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore).

Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Firma del proponente
Proposer's signature

Data
Date

Il proponente dichiara di avere ricevuto la seguente documentazione precontrattuale:
The proposer confirm he received the following documentation

- Fascicolo informativo
- Allegato 3 sezione Danni
- Modello Privacy

Firma del proponente
Proposer's signature

Data
Date