

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 02/2026

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
a e residente a Prov. CAP.
indirizzo n° sesso Codice Fiscale
..... Tipo documento n° luogo di rilascio
..... Prov. data .../.../..... Amministrazione da cui dipende

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolite, con scadenza successiva all'evento. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolite alla stessa data.

DURATA E DECORRENZA:

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario.

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
 - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data

Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni(*), epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

() Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare quali: _____

4. Dichiaro di essere o di essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

SI ☐ NO ☐

5. Dichiaro di essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie e/o infortuni? SI ☐ NO ☐

Data

Firma.....

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 02/2026

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
a e residente a Prov. CAP.
indirizzo n° sesso Codice Fiscale
..... Tipo documento n° luogo di rilascio
..... Prov. data .../.../..... Amministrazione da cui dipende

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolte alla stessa data.

DURATA E DECORRENZA:

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario.

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
 - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data

Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni(*), epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

() Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali? SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare quali: _____

4. Dichiaro di essere o di essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

SI ☐ NO ☐

5. Dichiaro di essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie e/o infortuni? SI ☐ NO ☐

Data

Firma.....

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:	
☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026	☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTO Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 02/2026

ASSICURANDO

Cognome e nome nato il
a e residente a Prov. CAP.
indirizzo n° sesso Codice Fiscale
..... Tipo documento n° luogo di rilascio
..... Prov. data .../.../..... Amministrazione da cui dipende

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolte alla stessa data.

DURATA E DECORRENZA:

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario.

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
 - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data

Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni(*), epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

() Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare quali: _____

4. Dichiaro di essere o di essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

SI ☐ NO ☐

5. Dichiaro di essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie e/o infortuni?
SI ☐ NO ☐

Data

Firma.....

POLIZZA COLLETTIVA N. _____

MODULO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Ultimo aggiornamento del documento: 26/01/2026

Assicurazione abbinata ai prestiti personali rimborsabili tramite:

☐ CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIOTemporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita
certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026☐ DELEGAZIONE DI PAGAMENTOTemporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita
certa_Set Informativo Mod. DELB Ed. 02/2026**ASSICURANDO**

Cognome e nome nato il
a e residente a Prov. CAP.
indirizzo n° sesso Codice Fiscale
..... Tipo documento n° luogo di rilascio
..... Prov. data .../.../..... Amministrazione da cui dipende

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI DELLA SINGOLA POSIZIONE ASSICURATA**PRESTAZIONE:**

La Società si obbliga a pagare al Beneficiario alla morte dell'Assicurato, le rate di rendita di importo pari alle rate di ammortamento del finanziamento rimaste insolte, con scadenza successiva all'evento. In luogo delle rate di rendita il Beneficiario avrà la facoltà di chiedere la liquidazione del debito residuo, al momento dell'evento, relativo al finanziamento contratto al netto di eventuali rate insolte alla stessa data.

DURATA E DECORRENZA:

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del finanziamento e ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento con un minimo di 24 mesi ed un massimo di 120 mesi.

BENEFICIARIO

Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

INFORMAZIONI ALL'ASSICURANDO

Si informa l'Assicurando che:

- ha il diritto di richiedere le Condizioni di assicurazione alla Società. Le stesse sono consultabili sul sito internet: www.hdiassicurazioni.it;
- ha il diritto di richiedere all'impresa le credenziali per l'accesso alle aree riservate.

Avvertenza: l'Istituto erogante il finanziamento non percepisce alcun compenso provvigionale. Il premio viene pagato dal Contraente tramite bonifico bancario.

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate sullo stesso.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Temporanea di gruppo per il caso morte in forma di rendita certa_Set Informativo Mod. CSQSB Ed. 02/2026

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Il sottoscritto, avendo richiesto un finanziamento a presta il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c. alla conclusione del presente contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel quale l'Ente erogante il finanziamento rivestirà la qualifica di Contraente/Beneficiario ed il sottoscritto la qualifica di Assicurato.
2. Il Sottoscritto, inoltre, dichiara:
 - che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto ed in tutti i documenti, necessari alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete;
 - di fornire, nei casi espressamente previsti, il questionario anamnestico compilato e sottoscritto dal proprio medico di famiglia secondo quanto indicato all'art. 4 delle condizioni di assicurazione;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte delle Società la copertura non sarà attivata;
 - di delegare irrevocabilmente la Società (ex art. 1723, 2 c., c.c.), ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 e anche specificamente per l'ipotesi di proprio decesso, ad acquisire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria o relazione sulle cause della sua morte presso qualsiasi professionista o Ente pubblico o privato ed eventuale documentazione giudiziaria presso le Autorità competenti.

Data

Firma

QUESTIONARIO SANITARIO

1. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di: attacco ischemico transitorio, cardiopatia ischemica, ictus, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, infarto miocardio, tumori maligni(*), epatite, cirrosi epatica, diabete, infezione da HIV?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

() Le chiediamo di non fornire informazioni se il trattamento attivo di una malattia oncologica si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni, ai sensi della legge n. 193 del 7 dicembre 2023. Sono previsti termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni.*

2. Dichiaro di soffrire o di aver sofferto negli ultimi 10 anni di altre malattie croniche di diversa entità, quali ad esempio ipertensione cronica, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o dell'apparato muscoloscheletrico?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare la patologia: _____

3. Dichiaro di essere in attesa di ricovero, di essere sottoposto a terapia continuativa e/o di avere malattie in atto, escluse quelle stagionali?
SI ☐ NO ☐

Se Sì, indicare quali: _____

4. Dichiaro di essere o di essere stato titolare di pensione di invalidità, di pensione di inabilità, di rendita INAIL?

SI ☐ NO ☐

5. Dichiaro di essersi assentato dal proprio posto di lavoro per più di trenta giorni consecutivi negli ultimi sei mesi per malattie e/o infortuni?
SI ☐ NO ☐

Data

Firma.....