

Distretto

Polizza N. 2

INIZIATIVA - Soc. Anon. Coop. di Sicurtà - Genova

Fondo di Garanzia L. 33,000,000



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SENZA VISITA MEDICA.

A tutte le domande l'Assicurando deve dare risposte precise, esaurienti e conformi a verità.

1. a) Nome, cognome e paternità dell'Assicurando.

(Per le donne maritate o vedove indicare il nome del loro casato).

b) Stato civile (celibe, coniugato o vedovo).

c) Professione, condizione o mestiere.

(da indicarsi con molta precisione; per esempio: se l'Assicurando è operaio, dovrà indicare la fabbrica in cui è occupato, ed il genere di lavoro a cui attende).

d) Indirizzo (indicare con precisione, località, via, numero e piano).

a)

b)

c)

d)



2. a) Data di nascita (giorno, mese, anno).

b) Luogo di nascita (comune, provincia).

a) Il

b)

Età al prossimo compleanno:
 anni

3. Qual'è il premio che potete pagare e per quanti anni desiderate pagarlo?

Premio di L.

dovuto alla Società { a) per tutta la durata dell'assicurazione;
 ovvero:

b) per anni

onde garantirsi un

Capitale di L.

pagabile { a) solo al decesso dell'assicurato;
 ovvero:

b) al decesso dell'assicurato, o a lui stesso se in vita dopo anni.

ESTRATTO DALLE CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE.

* L'assicurazione stipulata senza visita medica è soggetta, in caso che il decesso della persona assicurata avvenga nei primi anni, alle franchigie indicate nelle condizioni particolari di Polizza; però qualora il decesso fosse dovuto ad infortunio, come specificato nella Polizza stessa, la Società rinuncia fin d'ora a tali franchigie, impegnandosi a liquidare l'intero capitale assicurato.

** Se in seguito ad infortunio o malattia, l'Assicurato diventa completamente e permanentemente invalido al lavoro, a sensi di Polizza egli viene esonerato da ogni ulteriore versamento di premi.

*** Tutti gli Assicurati partecipano col 50% agli utili della Società.

La Società garantisce in ogni caso agli Assicurati che hanno diritto come sopra, di concorrere nel riparto quinquennale degli utili, una quota minima di utile pari al 4% (quattro per cento) sul cumulo dei premi da essi versati durante ogni quinquennio.

ATTENZIONE! — Le risposte alle domande che seguono devono essere interamente ed esattamente conformi alla verità. Indicazioni false od erronee sciolgono la Società da ogni obbligo verso l'Assicurato ed il Contraente perde i premi versati (Art. 429 Cod. Comm.).

4. STATO DI FAMIGLIA.

	SE VIVENTI		SE DECEDUTI		
	Età	Stato di salute	In età di	Causa del decesso	Durata dell'ult. malattia
Padre:					
Madre:					
Fratelli e Sorelle:					
Figli:					

5. a) Si sono verificati nella vostra famiglia o parentela casi di alienazione mentale, di epilessia, di scrofolo, di cancro, di tubercolosi?
 b) Nel caso affermativo, in quale membro della famiglia o parentela? Con quale esito?
 c) Qual'è lo stato di salute attuale ed abituale delle persone che coabitano col Proponente?

a)
 b)
 c)

6. a) Siete stato dichiarato abile al servizio militare?
 b) Se riformato od esonerato, perchè?

a)
 b)

7. a) Qual'è il peso del vostro corpo? Ritenete di essere ingrassato o dimagrito in questi ultimi sei mesi?
 b) Quanto misurate in altezza?
 c) Quanto misurate di torace?

a) Kg.
 b)
 c)

8. a) Qual'è il vostro stato di salute attuale ed abituale?
 b) Doveste forse mutare professione per motivi di salute? Quali?

a)
 b)

9. a) Soffrite abitualmente di:

Rispond. si o no

Avete mai avuto:

Rispond. si o no

Tosse? Raucedine?
 Difficoltà nel respir. o nel parlare?
 Ansia per brevi salite?
 Giramenti di capo?
 Avete mai avuto:
 Catarro bronchiale, polmonite, pleurite?
 Sputi di sangue?
 Malattie mentali?

Accessi epilettici?
 Altre malattie nervose?
 Congestioni od apoplessie cerebrali?
 Malattie di cuore o di fegato?
 Nefrite, diabete, gotta?
 Cancro?
 Appendicite?
 Malattie di natura tubercolare?

Se chi firma non sa scrivere, bisogna che il suo segno di croce sia vidimato da due testimoni.

..... teste alla croce.

..... teste alla croce.

N.B. - Contro rilascio di regolare quietanza, staccata da apposito libretto della Società, il Proponente, all'atto della sottoscrizione della Proposta, deve pagare una tassa d'ingresso di L. 1, ed insieme una anticipazione di premio di almeno tre settimane, per un'assicurazione della Sezione I, e di L. 4 per ogni L. 1000 di capitale assicurato per un'assicurazione della Sezione II, però in quest'ultimo caso non mai meno di L. 4.

Se la Proposta viene rifiutata dalla Società, tanto la tassa d'ingresso, che i premi anticipati verranno restituiti, dietro ritorno della quietanza rilasciata.

PARERE DELL'AGENTE.

N.B. - Nella sua qualità di persona di fiducia della Società l'Agente ha l'obbligo di accertarsi che soltanto persone sane, appartenenti a famiglie sane e di vita regolata vengano proposte alla Società per essere assicurate. L'Agente che raccomandasse o anche solo proponesse alla Società l'accettazione di persone evidentemente non sane o dedite all'alcoolismo, commetterebbe azione disonesta e la Società procederebbe contro di lui a termine di legge.

1. Avete fornito al Proponente sufficienti schiarimenti riguardo alle domande contenute nella Proposta, e avete la convinzione che le dichiarazioni fatte siano state meditate, e rispondano alla verità?
2. a) Ha il Proponente l'aspetto di persona sana? b) È il Proponente magro, corpulento o di sviluppo normale? c) Presenta egli alcun difetto fisico?	a) b) c)
3. Avete esattamente informato il Proponente delle condizioni e norme che regolano l'assicurazione proposta?
4. a) Qual'è il Numero della quietanza rilasciata pel versamento dei diritti di Polizza? b) A quanto ammontano i premi anticipati da voi incassati?	a) Serie N. b) Premi anticipati L.

Sul mio onore e sulla mia coscienza certifico, che le mie dichiarazioni rispondono al mio sincero convincimento, e che il Proponente ha di suo pugno ed alla mia presenza firmata la presente Proposta. Io (1) consiglio l'accettazione.

..... addì 19.....

(1) Nel caso affermativo scrivere *ne*; nel caso negativo scrivere *non ne*.

L'Agente autorizzato:

	Il medico revisore	Il Procuratore
1. Accettabile
2. Accettabile a tariffa modificata
3. Non accettabile, ma da rinviare a nuovo esame qualora si produca { attestato di buona salute . certificato medico
4. Da rifiutarsi per

N.B. — Si controlli che il premio non sia mai sproporzionato alle condizioni economiche del Contraente.

