



**TERM LIFE ASSURANCE PROPOSAL**  
**PROPOSTA POLIZZA VITA TEMPORANEA**

**LLOYD'S**

**PRIMA DI RISPONDERE ALLE DOMANDE LEGGERE ATTENTAMENTE LA DICHIARAZIONE ALLA FINE DELLA PRESENTE RICHIESTA, CHE DEVE ESSERE FIRMATA E DATATA. ACCERTARSI CHE L'ASSICURANDO ABBA RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE CORRETTAMENTE E SENZA OMISSIONI. LE DOMANDE SENZA RISPOSTA O CON RISPOSTE INCOMPLETE POTRANNO RITARDARE LA VALUTAZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA.**

**L'ASSICURAZIONE ENTRERÀ IN VIGORE SOLO SUCCESSIVAMENTE ALL'ACCETTAZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA DA PARTE DEI SOTTOSCRITTORI E AL PAGAMENTO DEL PREMIO INIZIALE O DEL PREMIO UNICO.**

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**

Section 1: Details of the person to be assured/**Sezione 1: Dettagli dell'assicurato**

Title (Mr., Mrs., Miss, other) <b>Titolo (Sig., Sig.ra, altro)</b>		Surname <b>Cognome</b>		Forenames <b>Nome(i)</b>	
Address <b>Indirizzo</b>					
Date of birth <b>Data di nascita</b>		Sex (M, F) <b>Sesso (M, F)</b>		Marital status (married, single, divorced, separated, widowed, in civil partnership) <b>Stati civile (coniugato/a, libero/a, divorziato/a, vedovo/a, convivente)</b>	
Nationality <b>Nazionalità</b>					
<b>Beneficiari</b>					

**Sezione 2: Dettagli del proponente, se diverso dalla persona da assicurare**

Title (Mr., Mrs., Miss, other) <b>Titolo(Sig., Sig.ra, altro)</b>		Surname <b>Cognome</b>		Forenames <b>Nome(i)</b>	
Address <b>Indirizzo</b>					
Details of insurable interest and reason for insurance or relationship to the person to be insured <b>Dettagli di interesse ai fini dell'assicurazione e motivo della stessa o relazione con la persona da assicurare</b>					

Section 3: Policy details/**Sezione 3: Dettagli della polizza**

Term <b>Durata</b>			Sum assured <b>Copertura assicurativa</b>		
Type of policy required (tick box) <b>Tipo di polizza richiesta (apporre un segno di spunta alla casella corrispondente)</b>	Single life <b>Vita individuale</b>		Joint life first death <b>Assicurazione congiunta primo decesso</b>		Joint life second death <b>Assicurazione congiunta ultimo decesso</b>
Commencement date required <b>Data di decorrenza richiesta</b>			Reason for policy <b>Motivo della polizza</b>		

Total sum assured under existing life assurance policies : <b>Copertura assicurativa totale di polizze assicurative sulla vita già esistenti</b>	
Are you currently effecting or intending to effect any other life assurance cover, or have you done so within the last 12 months? If so, please give details of companies, dates and sums assured. <b>Sto attualmente richiedendo o intendo richiedere un'altra copertura assicurativa sulla vita, o l'ha fatto negli ultimi 12 mesi? Se sì specificare i dettagli delle compagnie, le date e le coperture assicurative.</b>	

Section 4: Your doctor's details/**Sezione 4: Dettagli sul medico**

Name of doctor who currently holds your medical records <b>Nome dell'attuale medico curante</b>	
Address and telephone number <b>Indirizzo e numero di telefono</b>	

Section 5: Occupation/**Professione**

Nature of business or occupation in which you are engaged (if more than one, please state all): <b>Professione e altre attività eventualmente volte (se più di una indicarle tutte):</b>	
Please state rank and duties if a member of the Armed Forces: <b>Se membro delle forze armate indicare grado e mansioni</b>	
What is your annual taxable earned income? <b>A quanto ammonta il suo reddito imponibile annuo?</b>	

<b>La sua attività lavorativa include (oltre che con semplice ruolo amministrativo):</b>		<b>Sì</b>	<b>No</b>	<b>Se "sì" indicare i dettagli:</b>
Do your duties involve you in any way (other than clerical) with:	1) the licensed trade or entertainment industry? <b>1) licenza di commercio o nell'industria dell'intrattenimento?</b>			
	2) working at heights, offshore, aviation (other than on scheduled flights), diving, or the fishing or mining industries, work requiring special safety precautions or any other activity which may be regarded as hazardous? <b>2) attività svolta: ad altezza elevata, in alto mare, navigazione aerea (oltre i viaggi di linea), in immersione, nell'industria ittica o mineraria; impieghi che richiedono speciali precauzioni di sicurezza o attività che possano essere considerate pericolose?</b>			
Does your job require a licence, e.g. driving? <b>La sua occupazione richiede una licenza, ad es. la patente di guida?</b>				

Section 6: Smoking and alcohol details/**Sezione 6: Fumo e consumo di alcolici**

	SI	NO	Se sì indicare il consumo medio quotidiano
Have you smoked or used any form of tobacco or nicotine product within the last 12 months? <b>Negli ultimi 12 mesi ha fumato o fatto uso di qualsiasi tipo di prodotto contenente tabacco o nicotina?</b>			
Do you drink alcohol? <b>Consuma bevande alcoliche?</b>			

Section 7: Personal details/**Sezione 7: Dettagli personali**

Height (without shoes) <b>Altezza</b>			Weight (in indoor clothing) <b>Peso</b>	
	Sì	No	If yes please provide details, including name and address of doctor or hospital, dates, duration, test results etc. <b>Se sì, specificare, indicando nome e indirizzo del medico o dell'ospedale, date, durata, esiti degli esami, ecc.</b>	
Has your weight changed recently? <b>Il suo peso ha subito variazioni di recente?</b>				
Have you consulted any doctor, hospital or clinic within the last 5 years, other than for clearly minor conditions such as colds, flu, ear syringing, etc.? <b>Negli ultimi 5 anni si è rivolto a medici, ospedali o cliniche salvo che per piccoli disturbi, quali raffreddore, influenza, ecc.?</b>				
Are you taking any medicine or drugs, whether or not prescribed by a medical practitioner, or receiving any treatment? <b>Attualmente assume farmaci di prescrizione medica o meno, o è sottoposto a una qualsiasi terapia?</b>				
Have you ever suffered from:/ <b>Ha mai sofferto di:</b> (a) any chest or lung disorder? <b>disturbi polmonari o al petto?</b>				
(b) anxiety, depression or other mental or nervous disorder? <b>Ansietà'. Depressione, problemi nervosa o psicologici?</b>				
(c) arthritis? <b>artrite?</b>				
(d) epilepsy? <b>epilessia?</b>				
(e) (any stomach or bowel complaint)? <b>disturbi gastrointestinali?</b>				
(f) diabetes, gout, kidney, liver, prostate or bladder problem? <b>diabete, gotta, problemi a reni, fegato, prostata o vescica?</b>				
(g) heart disease, rheumatic fever, chest pain or stroke? <b>malattie cardiache, febbre reumatica, dolori al petto o ictus?</b>				
(h) high blood pressure? <b>ipertensione?</b>				
(i) lump, cyst or cancer? <b>noduli, cisti o cancro?</b>				
(j) any operation, X-rays or special investigations? <b>qualsiasi intervento chirurgico, raggi X o esami specifici?</b>				

<p>Do you anticipate travel outside your normal country of residence, Western Europe, North America or Australasia?</p> <p><b>Prevede di doversi recare fuori dal suo paese di residenza, o fuori da Europa occidentale, Nord America o Australasia?</b></p>			
--	--	--	--

	Yes	No	If yes please provide details, including name of doctor or hospital, dates, duration, test results etc. <b>Se sì, specificare, indicando nome e indirizzo del medico o dell'ospedale, date, durata, esiti degli esami, ecc.</b>
<p>Within the last 10 years, have you lived for longer than 1 month in any country outside your normal country of residence, Western Europe, North America or Australasia?</p> <p><b>Negli ultimi 10 anni ha soggiornato per più di un mese in un paese al di fuori della sua normale area di residenza, o Europa occidentale, Nord America, Australasia?</b></p>			
<p>Do you engage in hazardous sports, such as aviation, motor sports, diving, etc.?</p> <p><b>Pratica sport pericolosi, come aviazione, sport motoristici, immersione, ecc.?</b></p>			
<p>Have either of your parents or any brothers or sisters died from or suffered from heart disease, stroke, diabetes, cancer or a nervous disorder?</p> <p><b>Qualcuno tra i suoi genitori e i suoi fratelli e sorelle ha mai sofferto o è deceduto per patologie cardiache, ictus, diabete, cancro o malattie nervose?</b></p>			<i>Se sì, specificare, indicando il grado di parentela, l'età di insorgenza e l'eventuale decesso.</i>
<p>Has any application for assurance on your life been declined, withdrawn by yourself or accepted at special terms?</p> <p><b>Ha mai presentato una richiesta di assicurazione vita che sia stata respinta, da lei stesso ritirata o accettata a particolari condizioni?</b></p>			<i>Se sì, specificare le compagnie e le date.</i>
<p>Have you ever tested positive for HIV/AIDS, or are you awaiting the results of such a test?</p> <p><b>È mai risultato positivo al test del HIV/AIDS, o è in attesa dell'esito del test stesso?</b></p>			<i>Se sì, specificare, indicando le date – ai fini della riservatezza queste informazioni potrebbero essere inviate direttamente al direttore sanitario.</i>
<p>Within the last 5 years have you been exposed to the risk of HIV infection? <i>(Note: this can be caught through unsafe sex, intravenous (IV) drug abuse, blood transfusions or surgery undertaken outside the EU.)</i></p> <p><b>Negli ultimi 5 anni è stato esposto al rischio di infezione da HIV?</b> <i>(Nota: il contagio può avvenire mediante rapporti sessuali non protetti, uso di stupefacenti per via endovenosa, trasfusioni di sangue o interventi chirurgici eseguiti al di fuori dell'UE.)</i></p>			<i>Se sì, specificare, indicando le date – ai fini della riservatezza queste informazioni potrebbero essere inviate direttamente al direttore sanitario.</i>
<p>Within the last 5 years have you tested positive or been treated for any disease which was transmitted sexually?</p>			<i>Se sì, specificare, indicando le date – ai fini della riservatezza queste informazioni potrebbero essere inviate direttamente al direttore sanitario.</i>

<p><b>Negli ultimi 5 anni è risultato positivo o è stato sottoposto a trattamento per malattie sessualmente trasmissibili?</b></p>			
<p>Have you ever been tested or treated for other sexually transmitted diseases or hepatitis B or C?  <b>Si è mai sottoposto a test o a trattamento per altre malattie sessualmente trasmissibili o epatite B o C?</b></p>			<p><i>Se sì, specificare, indicando le date – ai fini della riservatezza queste informazioni potrebbero essere inviate direttamente al direttore sanitario.</i></p>
<p>Are you using or have you ever used drugs other than those prescribed by a doctor o obtained over the counter from a pharmacy? i.e. recreational drugs such as ecstasy, cocaine, heroin, etc.  <b>Sta attualmente assumendo o ha mai assunto farmaci diversi da quelli prescritti da un medico o da banco? Ad es. droghe occasionali come ecstasy, cocaina, eroina, ecc.?</b></p>			

## SEZIONE 8: NOTE IMPORTANTI

- Le risposte da lei fornite saranno utilizzate per la valutazione della sua richiesta. Tutti i fatti essenziali devono essere esplicitati, poiché l'omissione di informazioni importanti potrebbe determinare l'annullamento di alcuni o di tutti i benefici dell'assicurazione. Per fatto essenziale si intende un avvenimento che potrebbe influenzare la valutazione e l'accettazione della presente richiesta. Qualora non fosse sicuro dell'importanza di un particolare fatto, è tuttavia tenuto a indicarlo. Non tutto quello da lei affermato sarà necessariamente verificato e riconfermato presso il suo medico.
- La copertura avrà inizio solo successivamente alla valutazione e all'accettazione della sua domanda, e al pagamento del premio iniziale. Qualora il suo compleanno cada nel periodo di elaborazione della sua richiesta, il premio potrebbe aumentare rispetto a quanto originariamente preventivato.
- Nella maggior parte dei casi il premio quotato inizialmente non subirà variazioni. Tuttavia il termini a lei comunicati potrebbero essere modificati, mentre in casi estremi gli assicuratori potrebbero non essere in grado riconfermare l'assunzione del rischio.
- Le potrebbe venire richiesto di contattare il suo medico per accelerare la disamina della richiesta.
- Qualora le venisse richiesto di sottoporsi a visita medica, gli assicuratori dovranno fornire le informazioni contenute nella richiesta ad altra azienda autorizzata, che si occuperà dell'organizzazione dell'incontro.
- È possibile che si renda necessario inviare la sua domanda e i relativi referti medici ai riassicuratori o ad altri sindacati Kiln o Lloyd's, qualora partecipino alla copertura, per la loro opinione o l'approvazione dei termini offerti. Per dettagli sui principi generali di assicurazione e sulle compagnie o sul sindacato Lloyd's, che potrebbero ricevere le suddette informazioni, può rivolgersi alla nostra sede centrale.
- L'invio per fax dei referti medici potrebbe accelerare la valutazione della sua richiesta. Si accettano informazioni via fax solo se inviate a un apparecchio situato in un'area sicura dell'edificio, per garantire la massima riservatezza. Qualora sia contrario all'invio per fax delle informazioni, la preghiamo di specificarlo cancellando la relativa sezione della dichiarazione.
- La politica di riservatezza adottata dai sindacati Kiln assicura il trattamento confidenziale delle informazioni, accessibili solo da un numero limitato di soggetti autorizzati con la necessità di esaminarle.
- Avrà facoltà di richiedere una copia dei termini e delle condizioni del nostro piano standard e della sua richiesta di sottoscrizione in qualsiasi momento.

## SEZIONE 9: DICHIARAZIONE

Si prega di firmare la presente dichiarazione solo dopo averla letta attentamente assieme alle Note Importanti. Qualora non fosse sicuro dell'importanza di un particolare fatto, è tuttavia tenuto a indicarlo. Qualora stia sottoponendo contemporaneamente una richiesta di assicurazione anche ad altre compagnie, firmando la presente dichiarazione autorizza l'invio dei referti medici anche a detti assicuratori, in seguito a loro richiesta. Tuttavia, se sollecitati da altra compagnia all'invio di copia di dati sensibili che la riguardano, procederemo solo se in possesso di sua previa autorizzazione scritta.

- Il proponente si impegna a informare tempestivamente gli assicuratori di qualsiasi cambiamento che possa verificarsi prima della decorrenza della polizza. In caso contrario il contratto potrebbe essere invalidato e l'indennizzo potrebbe non essere corrisposto.
- Per quanto a conoscenza del proponente, tutte le dichiarazioni rese, anche verbalmente, sono state accuratamente riportate nella presente richiesta o allegate in una busta "Private and Confidential", sono veritiere e complete. La presente affermazione costituirà il presupposto base del contratto.  
 Indicare se il proponente ha allegato la busta "Private and Confidential".
- Il proponente autorizza i sindacati Kiln a richiedere informazioni mediche relative alla sua salute fisica e mentale a qualsiasi medico dallo stesso consultato, ai fini della valutazione della richiesta. Autorizza inoltre gli assicuratori a richiedere informazioni rilevanti presso altri assicuratori, relative a richieste di polizze sulla vita o assicurazioni sanitarie private precedenti o concomitanti, malattie critiche, inabilità, infortuni. Il proponente autorizza la comunicazione delle suddette informazioni a chiunque ne riceva richiesta, previa presentazione di copia del presente consenso. Il presente consenso autorizza Kiln Syndicates a richiedere i referti medici in qualsiasi momento per la durata della copertura o successivamente al decesso del proponente, per le valutazioni necessarie in caso di richiesta di indennizzo.
- Le suddette informazioni possono inoltre essere utilizzate a livello gestionale per analisi di settore.
- Il proponente conferma che una copia dell'accordo espresso nella presente dichiarazione avrà la validità del documento originale.
- Il proponente autorizza il proprio medico curante all'invio via fax della sua documentazione al sindacato Kiln. Il proponente autorizza inoltre l'invio di altre copie dei referti ad altre compagnie presso le quali abbia presentato richiesta di sottoscrizione, qualora lo richiedano. (\*Barrare la parola "no" se non si desidera inviare informazioni via fax.)

Firmando la presente dichiarazione il proponente autorizza i Sindacati Kiln all'elaborazione della richiesta, sulla base delle informazioni fornite, che possono inoltre essere impiegate per la valutazione di qualsiasi richiesta di risarcimento relativa alla presente polizza.

Il proponente dichiara di aver letto la dichiarazione e le note importanti.

### ASSICURANDO:

<b>Firma</b>		<b>Data</b>	
--------------	--	-------------	--

### GRANTEE (only to be completed where the proposer(s) is/are different from the life to be assured.)

I declare that the answers to the questions on this proposal are true and complete to the best of my knowledge and belief and shall form the basis of my contract between Kiln Life Syndicate and me.

### BENEFICIARIO (da compilare solo se il proponente e l'assicurando non sono la stessa persona).

**Dichiaro che tutte le risposte fornite nella presente richiesta sono veritiere e complete, per quanto a me noto, e formeranno parte integrante del contratto stipulato tra Kiln Life Syndicate e me.**

<b>Firma</b>		<b>Data</b>	
--------------	--	-------------	--