

Proposta di Polizza Vita Lloyd's (Kiln)

(Temporanea caso morte)
TERM LIFE ASSURANCE PROPOSAL
Sept 2006 Edition
Kiln Life Syndicate

Prima di rispondere alle domande di seguito indicate, si prega di leggere con attenzione le Sezioni 8 e 9 in calce alla presente Proposta, che deve esser firmata e datata a mano dal Proponente. Accertarsi di aver risposto a tutte le domande correttamente e senza omissioni. In caso di domande senza risposte complete si potrà verificare un ritardo nella accettazione di questa Proposta. Before any question is answered, please read carefully the declaration at the end of this Proposal, which must be signed and dated. Please ensure that all questions are answered fully and correctly by the person to be assured. Any question left unanswered or only answered with a dash will delay the assessment of this Proposal for assurance.

L'ASSICURAZIONE NON SARA' OPERANTE PRIMA CHE LA PRESENTE PROPOSTA VENGA ACCETTATA DAGLI ASSICURATORI ED IL PREMIO SIA STATO PAGATO
NO ASSURANCE IS IN FORCE UNTIL THIS PROPOSAL HAS BEEN ACCEPTED BY UNDERWRITERS AND THE FIRST OR SINGLE PREMIUM PAID.

Section 1: Details of the person to be assured Sezione 1: Dettagli dell'Assicurando

Title (Mr., Mrs., Miss, other) <i>Titolo</i>		Surname <i>Cognome</i>		Forenames <i>Nome</i>	
Address <i>Indirizzo completo</i>	Telefono		Indirizzo E-mail		
Date of birth <i>Data di nascita</i>		Sex <i>Sesso</i> (M, F)		Marital status (married, single, divorced, separated, widowed, in civil partnership) <i>Stato civile (sposato, single, divorziato separato, vedovo, stato di convivenza)</i>	

Section 2: Details of the proposer, if different from the person to be assured Sezione 2: Dettagli del Proponente, se diverso dall'Assicurando

Title (Mr., Mrs., Miss, other) <i>Titolo</i>		Surname <i>Cognome</i>		Forenames <i>Nome</i>	
Address <i>Indirizzo completo</i>	Telefono		Indirizzo E-mail		
Date of birth <i>Data di nascita</i>		Sex <i>Sesso</i> (M, F)		Marital status (married, single, divorced, separated, widowed, in civil partnership) <i>Stato civile (sposato, single, divorziato separato, vedovo, stato di convivenza)</i>	

Section 3: Policy details Sezione 3: Dettagli di Polizza

Term <i>Durata della polizza</i>		Sum assured <i>Somma assicurata</i>		
Type of policy required (tick box) <i>Tipo di polizza richiesta</i>	Single life <i>Polizza individuale</i>	Joint life first death <i>Polizza vita congiunta a prima morte</i>		Joint life second death <i>Polizza vita congiunta a seconda morte</i>
Commencement date required <i>Data di effetto richiesta</i>		Reason for policy <i>Motivo della presente richiesta di copertura</i>		
Total sum assured under existing life assurance policies : <i>Totale somme assicurate nell'ambito di altre assicurazioni vita caso morte</i>				
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. <i>Lei sta richiedendo o intende richiedere altri preventivi per questo rischio, o ha formulato richieste negli ultimi 12 mesi? In caso affermativo si prega fornire dettagli sulle compagnie interpellate e sulle somme assicurate.</i>				

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

Name of doctor who currently holds your medical records <i>Nome del medico curante attuale</i>	
Address and telephone number <i>Indirizzo e recapito telefonico</i>	Telefono Indirizzo E-mail

Section 5: Occupation
Sezione 5: Professione

Nature of business or occupation in which you are engaged (if more than one, please state all): <i>Professione e altre attività svolte</i>	
Please state rank and duties if a member of the Armed Forces: <i>Indichi il Suo grado e mansioni se fa parte delle Forze Armate:</i>	

	Yes	No	If "yes", please give full details <i>Se Si, si prega di fornire dettagli</i>
Do your duties involve you in any way (other than clerical) with: <i>La Sua attività lavorativa include, oltre che con un semplice ruolo amministrativo :</i> 1) the licensed trade or entertainment industry? <i>Licenza di commercio o Licenza nell'industria dell'intrattenimento?</i>			
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? <i>Attività svolta: ad altezza elevata, in alto mare, navigazione aerea (oltre che su voli di linea regolari), in immersione, in miniera o nell'industria ittica; attività che richiedano l'uso di particolari precauzioni di sicurezza o qualsiasi altra attività che possa essere considerata pericolosa? (nel dubbio indicare)</i>			
Does your job require a licence, e.g. driving? <i>Il Suo lavoro richiede una qualunque licenza o permesso, ad esempio patente di guida?</i>			

Section 6: Smoking and alcohol details
Sezione 6: Fumo e uso di alcoolici

	Yes	No	If yes, please state average consumption per day <i>Se SI, si prega di indicare il consumo medio giornaliero</i>
Have you smoked any form of tobacco within the last 12 months? <i>Ha mai fumato tabacco sotto qualsiasi forma negli ultimi 12 mesi?</i>			
Do you drink alcohol? <i>Fa uso (anche minimo) di bevande alcoliche ?</i>			

Section 7: Personal details

Sezione 7: Informazioni personali (fische e mediche)

Height <i>Altezza</i>	Mt.		Weight (in indoor clothing) <i>Peso con vestiti (escluse giacche e soprabiti)</i>	Kg.
	Yes	No	If yes please provide details <i>In caso affermativo si prega fornire dettagli</i>	
1. Has your weight changed recently? <i>Si e' verificato un cambiamento del Suo peso recentemente?</i>				
			If yes please provide details including name of doctor or hospital, dates, duration, test results etc. <i>In caso affermativo si prega fornire dettagli, includendo nome del medico o ospedale, date, durata, risultati clinici, ecc.</i>	
2. 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.? <i>Ha consultato medici, ospedali o cliniche negli ultimi 5 anni, salvo che per piccoli disturbi quali raffreddore, influenza ecc.?</i>				
3. Are you taking any medicines or drugs, whether or not prescribed by a medical practitioner, or receiving any treatment? <i>Fa uso di medicinali prescritti o meno dal Suo medico curante, ovvero sta ricevendo qualche trattamento medico?</i>				
4. Have you ever suffered from: <i>Ha mai sofferto di, o subito:</i>				
(a) any chest or lung disorder? <i>qualsiasi tipo di disturbo al petto o ai polmoni?</i>				
(b) anxiety, depression or other mental or nervous disorder? <i>stati di ansietà, depressione e/o esaurimento nervoso?</i>				
(c) arthritis? <i>artrite?</i>				
(d) epilepsy? <i>epilessia?</i>				
(e) any stomach or bowel complaint? <i>dolori allo stomaco o disturbi all'intestino?</i>				
(f) diabetes, gout, kidney, liver, prostate or bladder problem? <i>problemi di diabete, gotta, reni, fegato, prostata o affezioni vescicali?</i>				
(g) heart disease, rheumatic fever, chest pain or stroke? <i>disturbi cardiaci, febbri reumatiche, dolori al petto o ictus?</i>				
(h) high blood pressure? <i>alta pressione del sangue?</i>				
(i) lump, cyst or cancer? <i>tumore, cisti o cancro?</i>				
(j) any operation, X-rays or special investigations? <i>qualsiasi operazione, raggi x o test particolari?</i>				

	Yes	No	If yes please provide details <i>In caso affermativo si prega fornire dettagli</i>
5. Do you anticipate travel outside your normal country of residence, Western Europe, North America or Australasia? <i>Ritiene di dover viaggiare fuori dal Suo paese di residenza, e fuori dall'Europa Occidentale, Nord America o Oceania?</i>			
6. 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? <i>Negli ultimi 10 anni ha vissuto per un periodo più lungo di un mese in paesi diversi dal Suo normale paese di residenza, o Europa occidentale, Nord America o Oceania?</i>			
7. Do you engage in hazardous sports, such as aviation, motor sports, diving, etc.? <i>Pratica sport pericolosi come pilota aereo, motor sport, immersioni ecc?</i>			
8. Have either of your parents or any brothers or sisters died from, or suffered from heart disease, stroke, diabetes, cancer or a nervous disorder? <i>Qualcuno dei Suoi fratelli, sorelle e/o genitori ha sofferto o e' deceduto a causa di diabete, vizi cardiaci, infarti, cancro o disordini al sistema nervoso?</i>			If yes please provide details including relationship and age at time, and state if death resulted. <i>Se la risposta e' SI, si prega di riferire dettagli, grado di consanguineità, eta' e stato di salute al momento dell'evento, e se e' avvenuta la morte.</i>
9. Has any application for assurance on your life been declined, withdrawn by yourself or accepted at special terms? <i>Ha mai presentato una proposta di assicurazione vita che non sia stata accettata, o che Lei abbia ritirato, ovvero che sia stata accettata a condizioni particolari?</i>			If yes please give details of companies and dates. <i>Se si preghiamo fornire dettagli sulla compagnia e la data</i>
10. Have you ever tested positive for HIV/AIDS, or are you awaiting the results of such a test? <i>E' mai risultato positivo al test per HIV/AIDS, ovvero sta aspettando risultati per questo tipo di test?</i>			If yes please give details including dates - for confidentiality these may be sent direct to the Chief Medical Officer. <i>Se la risposta e' SI, preghiamo di fornire dettagli, incluse le date. Per rispetto della privacy questa informazione potrà essere fornita in busta chiusa per essere spedita direttamente al Direttore Sanitario.</i>
11. Have you ever been tested or treated for other sexually transmitted diseases or hepatitis B or C? <i>Si è mai sottoposto a test o ha seguito delle cure mediche relative a malattie sessualmente contagiose ovvero epatite B o C?</i>			If yes please give details including dates - for confidentiality these may be sent direct to the Chief Medical Officer. <i>Se la risposta e' SI, si prega di fornire dettagli, incluse le date. Per rispetto della privacy questa risposta potrà essere fornita in busta chiusa per essere spedita direttamente al Direttore Sanitario</i>

Informazioni patrimoniali / *Financial questionnaire*

Cognome / *Surname*:

Nome / *Name*:

Eta' / *Age* :

Professione / *Occupation*:

1. Qual'è stato il Suo reddito annuale lordo per ciascuno degli ultimi tre anni?

What was your gross annual income for each of the last three years?

(in ,000 €)

ANNO → 20..... - 20..... - 20.....

a) Derivante dalla Sua attività lavorativa:

From your own trade:

.....

b) Derivante da investimenti:

From investments:

.....

c) Derivante da altri cespiti:

From other sources:

.....

2. Qual'è l'importo attualmente già assicurato nell'ambito di assicurazioni vita caso morte (inclusi eventuali capitali assicurati con piani pensionistici collettivi)?

How much life assurance cover is currently in force (including death-in-service benefits under pension schemes)?

.....

3. Sta contemporaneamente sottoponendo simile questionario ad altri Assicuratori?

Is your current proposal being made to other offices?

.....

4. Quante persone ha a Suo carico? Indicare nome e tipo di relazione.

How many dependants do you have? Please state the age and relationship.

.....

.....

5. Quali sono le pendenze finanziarie che Lei ha in essere (es. mutui, prestiti)?

What liabilities do you have (e.g. mortgages, loansetc)?

.....

6. E' mai stato coinvolto in fallimento o bancarotta?

Have you ever been declared bankrupt?

.....

7. Spieghi i motivi che l'hanno spinto a richiedere l'assicurazione vita caso morte?

Why is this life assurance cover required?

.....

SECTION 8: IMPORTANT NOTES

- Please note that your answers to the questions on this form will be used to assess this Proposal. All material facts must be disclosed since part or all of the benefit might be forfeited if relevant information were to be withheld. A material fact is one that is likely to influence the assessment and acceptance of the Proposal. If you are unsure whether a particular fact is material you should disclose it. You must not assume that we shall be asking your doctor for confirmation of what you have told us.
- Cover will not start until we have assessed and accepted your application, and the first premium has been paid. If you have a birthday while your application is being processed, the terms may differ from those originally quoted.
- In most instances your payments will be as originally quoted. Revised terms may be offered to you, but occasionally we may be unable to offer any terms.
- We may ask you to contact your doctor to speed up the completion of reports that we have requested.
- If we ask you to attend a medical examination, it will be necessary for us to share the application information with another company authorized by us. They will make the arrangements for the examination to take place.
- It may be necessary to send your application and relevant medical reports to our Reassurers for their opinion or agreement of the terms offered, or to other Kiln Syndicates or Lloyd's Life Syndicates if they are to participate in cover. You can obtain details of general reinsurance principles from our Head Office, together with details of any company or Lloyd's Syndicate to whom this information may be sent.
- On occasion the faxing of medical reports may help to ensure a speedier assessment of your application. We only accept faxed information direct to a fax machine in a secure part of our building. This ensures that we maintain strict confidentiality. If you do not agree to allow the faxing of information, please indicate by deleting the appropriate section of the Declaration.
- Kiln Syndicates have a Confidentiality Policy in place, which means that your medical information is held securely and access is limited to authorized individuals who need to see it.
- You are entitled to ask for a copy of our standard plan terms and conditions and a copy of your application form at any time.

SEZIONE 8: NOTE IMPORTANTI

- *Le risposte da Lei fornite saranno usate per la valutazione della Sua Proposta. Tutti i "fatti materiali" devono essere esplicitati inquantoché il beneficio della assicurazione potrà essere negato totalmente o in parte, laddove informazioni rilevanti risultino essere state omesse. Si definisce "fatto materiale" qualsiasi fatto che potrebbe influenzare l'accettazione della presente Proposta. Ove Lei fosse in dubbio se un dato fatto possa essere considerato "materiale" o meno, Lei è tenuto comunque sempre a dichiararlo nella Proposta. Non necessariamente ciò che Lei ha dichiarato verrà poi verificato e riconfermato presso il Suo medico.*
- *La copertura assicurativa non potrà aver inizio finché gli Assicuratori non avranno analizzato e accettato la Sua Proposta, e il premio iniziale sia stato versato. Se il Suo compleanno cade mentre gli Assicuratori stanno analizzando la Sua proposta, è probabile che il premio aumenti rispetto a quello quotato inizialmente.*
- *Il premio quotato inizialmente verrà nella maggioranza dei casi riconfermato all'approvazione del Questionario. Tuttavia potrebbe accadere che in fase di accettazione del Suo Questionario il premio di tariffa a Lei già comunicato venga variato. In taluni casi estremi poi, gli Assicuratori non saranno in grado di confermare l'assunzione del rischio, il quale pertanto verrà rifiutato.*
- *Le potrebbe venir richiesto di contattare il Suo medico per accelerare la compilazione da parte sua del formulario con le Dichiarazioni del medico, ove richieste.*
- *Nel case Le venisse richiesto di sottoporsi ad esami medici, La informiamo fin da ora che gli Assicuratori dovranno fornire le risultanze di tali esami ad una società esterna specializzata, all'uopo autorizzata. Sarà questa stessa società che provvederà a contattarLa per fissare gli esami.*
- *E' possibile che si renda necessario spedire - per essere accettata o per una semplice opinione - la documentazione relativa alla Sua Proposta ai riassicuratori, o, ad altri sindacati Kiln, oppure ad altri sindacati Lloyd's, quali possibili coassicuratori della copertura. Lei potrà richiedere informazioni al riguardo presso la nostra Direzione, insieme alle informazioni su qualsiasi altro Sindacato Lloyd's o altra società cui la documentazione di cui sopra possa venir spedita.*
- *La spedizione via fax delle informazioni mediche potrebbe accelerare la disamina della Proposta. Gli Assicuratori accettano di ricevere queste informazioni via fax unicamente presso un fax dislocato in area sicura dell'edificio. Questo per assicurare la confidenzialità e la privacy con cui vengono amministrate le informazioni riservate. Ove Lei non fosse d'accordo con una spedizione via fax, La preghiamo di indicarlo apponendo una croce nel riquadro appropriato in calce alla Dichiarazione (Sezione 9).*
- *Il Lloyd's Syndicate Kiln adotta una procedura di confidenzialità, cio' significa che le Sue informazioni mediche saranno mantenute confidenziali, e l'accesso ad esse sarà concesso esclusivamente alle persone che avranno necessità di esaminarle.*
- *Sarà possibile in qualsiasi momento richiedere agli Assicuratori una copia dei termini e condizioni e della Sua Proposta di Polizza.*

SECTION 9: DECLARATION

Please sign this Declaration once you have read it together with the Important Notes. If you are unsure as to whether any information should be given, you should provide it. If you are applying for insurance with other companies at the same time, by signing the Declaration you are consenting to copies of medical reports being sent to these other companies at their request. However, if we are approached by another company to provide copies of highly sensitive information we will ask for your specific written permission before doing so.

- I/We will inform you immediately of any changes that occur before the plan starts. I/We understand that failure to do so may result in the contract being declared void, and that a claim for the proceeds may not be paid.
- To the best of my/our knowledge and belief all the statements made, which includes anything I/we may have said, have been recorded accurately in this application or are attached in a sealed Private and Confidential envelope, and are true and complete. This disclosure will form the basis of the contract.
 Please tick if you have attached a Private and Confidential envelope.
- I/We agree to Kiln Syndicates obtaining medical information from any doctor whom I/we have consulted about my/our physical or mental health, in order to assess my/our proposal. You may obtain relevant information from other insurers about previous or concurrent applications for life, critical illness, sickness, disability, accident or private medical insurance that I/we have applied for. I/We authorize those asked for such information to provide it on the production of a copy of this consent. This consent allows Kiln Syndicates to obtain medical reports at any time during the life of the cover or after my death to support any claim made on the cover proceeds.
- This information can also be used to maintain management information for business analysis.
- I/We agree that a copy of the agreement given in this declaration will have the validity of the original.
- I/We agree to Kiln Syndicates accepting medical reports faxed directly to the company from my doctor's surgery. I/We also do not* object to copies of the report being faxed to any other company that I have applied to at their request. (*Delete the word "not" if you do not wish us to fax information.)

By signing this declaration I am/we are allowing Kiln Syndicates to process my/our application using the information that I/we have provided. This information can also be used to process any claim made on this policy.

I/We have read the Declaration and Important Notes.

SEZIONE 9: DICHIARAZIONE

Si prega di firmare la presente Dichiarazione dopo averla letta attentamente insieme alle Note Importanti (Sezione 8). In caso di dubbio se una o più informazioni debbano o meno essere riportate sul Questionario, Le confermiamo che Lei dovrà senz'altro riportarle. Se Lei sta sottoponendo contemporaneamente una Proposta di assicurazione vita anche ad altri assicuratori, Le confermiamo che, firmando la presente Dichiarazione, Lei autorizza l'invio delle informazioni mediche che La riguardano anche a tali altri assicuratori a seguito di loro richiesta. Tuttavia ove giungesse agli Assicuratori (della presente copertura) richiesta di fornire dati sensibili che La riguardano da parte altri assicuratori, prima di procedere si provvederà a chiedere preventivamente la Sua autorizzazione scritta.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO / CONTRAENTE

- Il Proponente sottoscritto si obbliga ad informare immediatamente gli Assicuratori su qualsiasi cambiamento – rispetto a quanto riportato sulla presente Proposta - dovesse intervenire o venire a sua conoscenza prima della decorrenza della polizza. Il mancato adempimento a tale obbligo di informazione potrebbe rendere il contratto invalido e, in caso di sinistro, potrebbe venir negato il pagamento della somma assicurata.
- Per quanto a conoscenza del Proponente, tutte le informazioni fornite, anche verbalmente, sono state riportate accuratamente sulla presente Proposta o sull'allegato documento sigillato "Private e Confidential" e sono veritiere e complete. Questa affermazione costituisce presupposto base del Contratto.

Si prega indicare qui di seguito se il Proponente ha allegato o meno alla presente Proposta una busta sigillata con le informazioni riservate "Private and Confidential"

Si - No

- Il Proponente sottoscritto autorizza gli Assicuratori, al fine di meglio valutare la sua Proposta, ad ottenere informazioni mediche che lo riguardino presso qualsiasi medico cui egli si sia rivolto per accertamenti medici fisici e/o mentali. Autorizza altresì gli Assicuratori ad ottenere informazioni rilevanti presso altri assicuratori coinvolti in precedenti o contemporanee Sue richieste di assicurazione nei rami vita, malattie critiche, spese mediche, inabilità o infortuni. Con la presente il Proponente autorizza chiunque, a cui venga fatta questa richiesta, di darvi seguito dietro presentazione di una copia del presente consenso. Il presente consenso permette al Sindacato KILN di ottenere la documentazione medica in qualsiasi momento nel corso della durata della copertura assicurativa o dopo il decesso del sottoscritto (Assicurato) per le valutazioni necessarie in caso di sinistro.
- Queste informazioni possono inoltre essere utilizzate nell'ambito della banca dati dell'Assicuratore per gli studi di settore e analisi dei rischi.
- Il sottoscritto conferma che una fotocopia della presente Dichiarazione deve avere la validità del documento originale.
- Il sottoscritto autorizza il proprio medico curante a spedire via fax documentazione medica che lo riguardi direttamente al richiedente Sindacato KILN. Inoltre il Proponente fa o non fa obiezione alla spedizione via fax di tali informazioni ad altri assicuratori a cui egli abbia pure avanzato richiesta di assicurazione (apporre una croce sulla seconda casella "non fa" nel caso non si desideri che tali informazioni siano trasmesse via fax)

Firmando la presente Dichiarazione il sottoscritto autorizza gli Assicuratori (il Sindacato KILN) a procedere con la valutazione della sua Proposta di assicurazione vita facendo uso di tutte le informazioni fornite. Queste informazioni potranno inoltre essere utilizzate per la valutazione di qualsiasi sinistro su questa polizza.

Confermo, apponendo la mia firma qui di seguito, di aver letto attentamente le Note Importanti (Sezione 8) e la Dichiarazione (Sezione 9) e di concordare specificamente su ognuno dei punti relativi.

LIFE TO BE ASSURED:

Assicurando

Signature <i>Firma</i>		Date <i>Data</i>		Country of signing <i>Paese nel quale viene apposta la firma</i>	
----------------------------------	--	----------------------------	--	--	--

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.

CONTRAENTE (da completare solo se il Proponente e' differente dall'Assicurando)

Dichiaro che tutte le risposte fornite nella presente Proposta sono veritiere e complete, che nessun fatto materiale è stato sottaciuto. Prendo atto che la presente Proposta formerà parte integrante del Contratto di assicurazione vita caso morte che verrà eventualmente stipulato tra il sindacato KILN e me.

Signature <i>Firma</i>		Date <i>Data</i>		Country of signing <i>Paese nel quale viene apposta la firma</i>	
----------------------------------	--	----------------------------	--	--	--

Kiln Life
Kiln Life Syndicate
Box 182
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA

Head Office
R J Kiln and Co. Limited
106 Fenchurch Street
London
EC3M 5NR

R J Kiln and Co. Limited is a subsidiary of the Kiln Group plc.