



SB Broker Srl  
Motorsport Insurance Solutions  
Via Visconti di Modrone 33  
20122 Milano (MI) - Italia

T (+39) 02 9475 0578  
F (+39) 02 9544 1990  
E [info@sbroker.it](mailto:info@sbroker.it)  
W [www.sbroker.it](http://www.sbroker.it)

# QUESTIONARIO INFORTUNI

## PA PROPOSAL FORM

## Modulo di proposta infortuni - Personal Accident Proposal Form

**Prima di rispondere a qualunque domanda, leggere attentamente la Dichiarazione in calce alla presente proposta, che deve essere firmata e datata. È necessario che la persona da assicurare, o il Proponente in sua vece, risponda a ogni domanda in modo completo e corretto. (Tutte le risposte devono essere date in inchiostro).**

**Qualora non vi sia spazio sufficiente, allegare le risposte su un foglio separato.**

Before any question is answered read carefully the Declaration at the end of this proposal, which must be signed and dated. Every question must be answered fully and correctly by the person to be insured or on his behalf by the Proposer. (All questions must be answered in ink).

If there is not sufficient space, please attach answers on a separate sheet.

### Proponente - Proposer

**Nome del Proponente:**  
**(se diverso dalla persona da assicurare)**

Name of Proposer:  
(if other than person to be Insured):

**Indirizzo completo del Proponente:**  
**(se diverso dalla persona da assicurare)**

Full Address of Proposer:  
(if other than person to be Insured):

### Persona da assicurare - Person to be Insured

**Nome dell'Assicurato:**

Name of Insured:

**Indirizzo completo:**

Full Address:

**Numero di telefono del referente:**

Contact Telephone Number:

**Numero di cellulare:**

Mobile Number:

**Data di nascita:**

Date of Birth:

**Altezza:**

Height:

**Peso:**

Weight:

**Professione:**

Occupation:

*Solo per il mondo del Motorsport:*

**Organismo regolatore:**

Sanctioning Body:

**Team:**

**Indicare la propria retribuzione contrattuale lorda, esclusi gli incentivi, di quest'anno:**

What is your gross contracted salary, exclusive of bonuses this year:

**Indicare la propria retribuzione contrattuale lorda, esclusi gli incentivi, dello scorso anno:**

What is your gross contracted salary, exclusive of bonuses last year:

**In caso di inabilità al lavoro dovuta a infortunio o malattia, si ha comunque diritto al pagamento di una quota della retribuzione contrattuale:**

Is any portion of your contracted salary payable to you whilst you are unable to work due to injury or sickness::

**Sì/Yes**

**No**

**Se "Sì", fornire una copia completa del contratto:**

If 'Yes' please supply a copy of the entire contract:

**Le è mai stata rifiutata o accettata a condizioni particolari un'Assicurazione sulla vita o per invalidità:**

Have you ever been declined or accepted on special terms for life or disability Insurance?

**Sì/Yes**

**No**

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes', please supply full details:

### Informazioni mediche personali - Personal Medical Details

**L'organismo regolatore degli eventi ai quali Lei partecipa richiede esami medici annuali?**

Does the sanctioning body in whose events you participate require annual medical exams?

**Sì/Yes**

**No**

**Se "Sì", indicare quanto segue:**

If 'Yes' please advise:

**Quando si è sottoposto all'ultimo dei suddetti esami?**

When was your last such exam?

**L'organismo regolatore Le ha concesso una licenza o un permesso senza limitazioni?**

Did the sanctioning body issue you a licence or permission without restrictions?

**Sì/Yes**

**No**

**Se "No", fornire tutti i dettagli:**

If 'No' please supply full details:

**Attualmente non soffre a seguito di infortuni, malattie o disturbi ed è attivo nel suo sport?**

Are you currently free of injury, disease or discomfort and active in your sport?

**Sì/Yes**

**No**

**Se "No", fornire tutti i dettagli:**

If 'No' please supply full details:

**Infortunio:** \_\_\_\_\_ **Data dell'infortunio:** \_\_\_\_\_

Injury: \_\_\_\_\_ Date of Injury: \_\_\_\_\_

**Articolazione interessata:** \_\_\_\_\_ **Lato dell'infortunio:** Sinistro Destro

Joint involved: \_\_\_\_\_ Side of Injury: Left Right

**Necessità di intervento chirurgico:** Sì No **Data prevista per il recupero completo:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Surgery required: Yes No

Date expected to full fitness: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes' please supply full details:

**Negli ultimi cinque anni vi sono stati più di 14 giorni consecutivi in cui, se vi fosse stato un evento sportivo, Lei non sarebbe stato in grado di competere nel suo sport a causa di infortunio, malattia o disturbi?**

**Sì/Yes                      No**

Have there been during the last five years more than 14 consecutive days, where had there been a sporting event, you would have been unfit to compete in your sport due to injury, disease or discomfort?

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes' please supply full details:

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Infortunio/Malattia:**

Injury/Illness:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Negli ultimi due anni ha seguito una cura di antidolorifici o antinfiammatori per un periodo superiore ai 14 giorni?**

**Sì/Yes                      No**

Have you during the last two years taken a course of pain reducing or anti-inflammatory medication exceeding 14 days?

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes' please supply full details:

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo:**

Reason:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Le è stato consigliato o ha ragione di ritenere di poter avere bisogno di cure mediche o di sottoporsi a un intervento chirurgico in futuro?**

**Sì/Yes                      No**

Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli, incluse data/e e cura/e:**

If 'Yes' please supply full details, including date(s) and treatment(s):

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo:**

Reason:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Negli ultimi due anni ha consultato un medico o un altro operatore sanitario?**

**Sì/Yes                      No**

Have you during the last two years consulted a physician or other medical care provider?

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes' please supply full details:

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo:**

Reason:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Negli ultimi cinque anni ha subito una commozione cerebrale?**

**Sì/Yes                      No**

Have you during the last five years suffered concussion?

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli, incluse data/e e cura/e:**

If 'Yes' please supply full details, including date(s) and treatment(s):

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Grado: Dettagli:**

Grade: Details:

---



---



---



---

**Grado 1 – Lieve, nessuna perdita di coscienza**

Grade 1 – Mild, no loss of consciousness

**Grado 2 – Moderato, perdita di coscienza**

Grade 2 – Moderate, loss of consciousness

**Grado 3 – Grave, perdita di coscienza superiore ai cinque minuti**

Grade 3 – Severe, loss of consciousness greater than five minutes

**Ha mai sofferto di, o subito cure per, uno dei seguenti infortuni o disturbi a parti del corpo?**

Have you ever suffered or had any treatment for any of the following injuries or conditions or body parts?

<b>Bacino/Anche?</b> Pelvis/Hips?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		
<b>Coscia?</b> Thigh?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destra - Right</b>	<b>Sinistra - Left</b>
<b>Ginocchio?</b> Knee?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destro - Right</b>	<b>Sinistro - Left</b>
<b>Caviglia?</b> Ankle?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destra - Right</b>	<b>Sinistra - Left</b>
<b>Piede?</b> Foot?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destro - Right</b>	<b>Sinistro - Left</b>
<b>Collo?</b> Neck?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		
<b>Colonna toracica?</b> Thoracic spine?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		
<b>Colonna lombare?</b> Lumbar spine?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		
<b>Mano?</b> Hand?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destra - Right</b>	<b>Sinistra - Left</b>
<b>Braccio?</b> Arm?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destro - Right</b>	<b>Sinistro - Left</b>
<b>Spalla?</b> Shoulder?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destra - Right</b>	<b>Sinistra - Left</b>
<b>Tendinopatia dell'achilleo?</b> Achilles tendonitis?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destro - Right</b>	<b>Sinistro - Left</b>
<b>Tendinopatia patellare?</b> Patellar tendonitis?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>	<b>Destra - Right</b>	<b>Sinistra - Left</b>
<b>Lesioni alla testa?</b> Head injuries?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		
<b>Artrite/Osteoartrite?</b> Arthritis/Osteoarthritis?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>		

**Se ha barrato una qualunque risposta affermativa, fornisca di seguito i dettagli indicando le date, se è rimasto invalido, per quanto tempo, e se ha subito delle operazioni.**

If you have ticked any of the 'Yes' answers, please give details below including dates, if you have been disabled, for how long and have any operations been performed.

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Infortunio/Malattia:**

Injury/Illness:

---



---



---



---

**Relativamente a quanto di seguito elencato: ha mai manifestato dei sintomi o ne ha mai sofferto? È mai stato sottoposto a cure o le sono mai stati prescritti dei farmaci?**

Have you ever shown indications of, suffered from, been treated for, or been prescribed medication for any of the following?

<b>Cuore, torace, apparato circolatorio e apparato respiratorio?</b> Heart, Chest, Circulatory System and Respiratory System?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Stomaco, intestino, colon, retto, o altri disturbi digestivi?</b> Stomach, intestines, bowel, rectum, gallbladder, or other digestive disorder?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Pressione sanguigna?</b> Blood Pressure?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Diabete, anemia o qualsiasi patologia o disturbo del sangue o del sistema linfatico?</b> Diabetes, Anaemia or any disease or disorder of the blood or lymphatic system?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Sistema nervoso o attacchi?</b> Nervous System or fits?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Disturbi mentali, nervosi o emotivi?</b> Mental, nervous or emotional disorder?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Reumatismi, artrite, gotta?</b> Rheumatism, Arthritis, Gout ?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Ernia?</b> Hernia?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Capogiri o svenimenti?</b> Dizziness or fainting?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Patologie sessualmente trasmesse o del sistema riproduttivo?</b> Reproductive system or sexually transmitted disease?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Risultati di laboratorio anomali nelle analisi del sangue o delle urine?</b> Abnormal laboratory results in blood or urine analysis?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Cancro, tumore o cisti?</b> Cancer, tumor or cyst?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>
<b>Febbre persistente, diarrea persistente, brividi o sudori notturni?</b> Persistent fever, persistent diarrhoea, night sweats or chills?	<b>Sì/Yes</b>	<b>No</b>

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli, incluse data/e e cura/e:**

If 'Yes' please supply full details, including date(s) and treatment:

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Dettagli:**

Details:

---



---



---



---



---

**Ha subito qualche altra operazione o qualche altro incidente o malattia?**

Have you had any other operations or suffered any other accident or sickness?

**Sì/Yes** **No**

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes', please supply full details

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Infornuto/Malattia:**

Injury/Illness:

---



---



---



---



---

**Attualmente soffre o in passato ha sofferto di altre condizioni patologiche non menzionate in questa proposta?**

Do you or have you suffered from any other medical condition not mentioned in this proposal form?

**Sì/Yes** **No**

**Se "Sì", fornire tutti i dettagli:**

If 'Yes', please supply full details

**Date:**

Dates:

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al - to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Dettagli:**

Details:

---

---

---

---

---

**Utilizzare un foglio bianco per qualsiasi informazione supplementare, o se lo spazio nelle caselle che precedono non è sufficiente per rispondere in modo completo a una qualche domanda, annotando il numero della domanda per ogni commento aggiuntivo, e allegare al presente modulo.**

Please use a blank sheet of paper for any supplementary information, or if the previous boxes do not contain enough space for a full answer to any question, noting the question number for each additional comment, and attach to this form.

**Sì/Yes****No****Vi sono dei fogli aggiuntivi allegati alla presente proposta?**

Are there any additional sheets of paper attached to this proposal?

**Se "Sì", quante pagine?**

If 'Yes', how many pages?

## Dichiarazione - Declaration

### La dichiarazione che segue deve essere letta, firmata e datata dalla persona da assicurare:

Declaration to be read, signed and dated by the person to be insured:

**Il/i sottoscritto/i dichiara/dichiarano che, per quanto di sua/loro conoscenza, le risposte fornite nel modulo di proposta sono veritiere e complete e di avere rivelato tutti i fatti materiali [fatti che potrebbero influenzare il giudizio di un sottoscrittore ragionevole e prudente nella valutazione del rischio o del premio]. Resta inteso che, qualora qualsiasi informazione sia stata fornita da qualunque persona che non sia il/i sottoscritto/i, tale persona è il suo/loro agente a tale scopo. Si prende atto che la mancata rivelazione o la rappresentazione erronea di un fatto materiale, sia prima dell'inizio della polizza sia nel corso della durata della medesima, potrà conferire all'Assicuratore il diritto di annullare l'assicurazione.**

I/We declare that according to my/our knowledge and belief the answers given in the proposal form are true and complete and I/we have disclosed all material facts [facts which might influence the judgement of a reasonable and prudent underwriter in assessing your risk or premium]. I/We agree that if any information has been given by any person other than myself/ourselves that person is my/our agent for that purpose. I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact, both before inception and throughout the duration of the policy, may entitle the Insurer to void the insurance.

**Resta inteso che gli Assicuratori stabiliranno i termini e le condizioni sulla base delle informazioni fornite in connessione con la presente proposta; si conviene altresì che la firma della presente proposta non vincola il/i sottoscritto/i a perfezionare la presente assicurazione o l'Assicuratore ad accettare la medesima.**

I / We understand that Insurers will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal, and I / we further understand that the signing of this proposal does not bind me / us to complete or the Insurer to accept this insurance.

**Firma della Persona da assicurare**

Signature of Person to be Insured

	<b>Data</b> Dated	
--	----------------------	--

### La dichiarazione che segue deve essere letta, firmata e datata dal Proponente, se diverso dalla persona da assicurare:

Declaration to be read, signed and dated by the Proposer, if different from the person to be insured:

**Il/i sottoscritto/i dichiara/dichiarano che, per quanto di sua/loro conoscenza, le risposte fornite nel modulo di proposta sono veritiere e complete e di avere rivelato tutti i fatti materiali. Resta inteso che, qualora qualsiasi informazione sia stata fornita da qualunque persona che non sia il/i sottoscritto/i, tale persona è il suo/loro agente a tale scopo. Si prende atto che la mancata rivelazione o la rappresentazione erronea di un fatto materiale potrà conferire all'Assicuratore il diritto di annullare l'assicurazione**

I/We declare that according to my/our knowledge and belief the answers given in the proposal form are true and complete and I/we have disclosed all material facts. I/We agree that if any information has been given by any person other than myself/ourselves that person is my/our agent for that purpose. I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle the Insurer to void the insurance.

**Resta inteso che gli Assicuratori stabiliranno i termini e le condizioni sulla base delle informazioni fornite in connessione con la presente proposta; si conviene altresì che la firma della presente proposta non vincola il/i sottoscritto/i a perfezionare la presente assicurazione o l'Assicuratore ad accettare la medesima.**

I/We understand that the Insurers will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal, and I/we further understand that the signing of this proposal does not bind me/us to complete or the Insurer to accept this insurance

**Firma del Proponente**

Signature of Proposer:

	<b>Data</b> Dated	
--	----------------------	--