

Questionario sanitario sullo stato di salute dell'Assicurando

Autocertificazione

Nome e Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Società. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia (art. 1892 Codice Civile).

1. Indichi la Sua altezza (in cm. _____) ed il Suo peso (in Kg. _____)
Il suo peso ha subito variazioni negli ultimi 12 mesi?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli (entità e causa della variazione):

2. Fa uso, o ha fatto uso anche sporadico di tabacco e di alcool negli ultimi 2 anni
oppure ha smesso di fumare su consiglio di un medico?

SI NO

In caso affermativo indicare quantità giornaliera: fumo _____ alcool _____

3. Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

SI NO

4. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie cardiovascolari (es. ipertensione arteriosa, ipotensione arteriosa, cardiopatia, infarto, arteriosclerosi, disturbi circolatori, ictus) e/o malattie del fegato (es. epatopatia acuta o cronica, steatosi epatica, cirrosi) e/o malattie all'apparato respiratorio (es. enfisema polmonare, BPCO, asma, polmonite), malattie tumorale in genere, malattie del sangue (anemia, talassemia,) dell'apparato uro-genitale (es. insufficienza renale, malattie della prostata), del sistema osteo-articolare (es. artrite, osteoporosi, ernia discale), dell'apparato digerente (es. esofagite, gastrite, morbo di crohn, colite ulcerosa), del sistema endocrino-metabolico (es. diabete, malattie della tiroide, del pancreas) e/o del sistema nervoso o della psiche (es. sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, ansia, depressione), paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate, lesioni degli organi vitali post traumatiche?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli (malattia, data di insorgenza, durata, esito, eventuali trattamenti, eventuali postumi):

5. Ha subito un intervento chirurgico o ricovero in ospedale o in casa di cura, salvo in caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, intervento di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli (intervento o motivo del ricovero, data, ospedale/casa di cura, durata del ricovero, esito eventuali postumi):

6. Si è mai sottoposto ad esami specialistici particolari (risonanza magnetica, TAC, ecografie, test di funzionalità epatica, fondo oculare, elettroencefalogramma, mammografia, ecc.) dai quali siano emersi valori fuori della norma?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli (esame, motivo, data, esito):

7. Soffre o ha sofferto, di malattie per cui è stata necessaria una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli (cura, motivo, data di inizio, dosaggio)

8. Effetua viaggi in zone a rischio (al di fuori dell'Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale)?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli:

9. Percepisce una pensione di invalidità, oppure una pensione per incapacità permanente, oppure riceve un anticipo di pensione per ragioni di salute?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli:

10. La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento [box, savate, lotta] e sport estremi in genere).

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli:

Data _____

Firma assicurando _____