

Questionario di Rilevazione Anamnestica (per Proposte senza accertamenti sanitari)

Allegato alla Proposta n° _____ / Assicurato _____

Le dichiarazioni dell'Assicurato sono relative alle sue attuali condizioni di salute ed ai precedenti sanitari.

Caratteristiche fisiche.

Altezza cm _____ Peso Kg. _____ Valori pressione arteriosa Min/Max _____

1) Ha avuto importanti variazioni di peso ultimamente?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (specificare se dimagrito/ingrassato, di quanti Kg, motivo):

2) Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie: Cardiopatie, diabete mellito, malattie renali, tumori maligni, ipertensione, ictus, malattia di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (quale parente, età alla diagnosi, tipo di malattia, in caso di tumore specificare inoltre l'organo interessato):

3) Ha effettuato, negli ultimi 3 anni, uno o più dei seguenti accertamenti diagnostici:

sì no

elettrocardiogramma, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue, test HIV, markers epatici, TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), RMN (Risonanza Magnetica Nucleare), mammografia, ecografia, altri accertamenti?

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (quale tipo esame, data effettuazione, motivo ed esito):

4) È mai stato ricoverato in Casa di Cura, Ospedali, ecc.?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (quando e motivo):

5) Fruisce di una pensione (militare, di guerra, di invalidità) o ha presentato domanda per ottenerla?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (tipo pensione, motivo, da quando):

6) Ha o ha avuto alterazioni fisiche o funzionali (visive, uditive, degli arti, altre alterazioni)?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (tipo alterazione, causa, da quando, situazione attuale):

7) Ha subito traumi o lesioni accidentali (del cranio, degli organi disenso, degli arti, altri traumi/lesioni)?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (tipo trauma/lesione, causa, quando, situazione attuale):

8) Attualmente assume medicinali?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (farmaco assunto, posologia, motivo, da quando):

9) Ha in previsione un ricovero ospedaliero?

sì no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (motivo, data prevista per il ricovero):

10) Fa uso di alcolici (vino, birra, ecc.) e/o superalcolici (grappa, whisky, ecc.)?

sì no

In caso affermativo, si prega di specificare se alcolici o superalcolici ed il consumo giornaliero:

11) Ha fumato negli ultimi 12 mesi (sigarette, sigari, pipa o altro)?

sì no

In caso affermativo, si prega di specificare il consumo giornaliero:

12) Ha mai fatto o fa attualmente uso di sostanze stupefacenti?

si no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (sostanza/e assunta/e, in quale periodo, per quanto tempo, attuale situazione):

13) Ha mai sofferto di o ricevuto cure per una delle seguenti malattie

si no

Malattie del sistema nervoso/psichiatrico

(quali nevrosi, psicosi, stati d'ansia, disturbi della personalità, depressione, perdite di conoscenza, convulsioni, vertigini, amnesia, stato confusionale, perdite di memoria, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti, affaticamento cronico)?

Malattie del sistema endocrino-metabolico

(quali dislipidemia, diabete, malattie della tiroide, malattie del surrene)?

Malattie dell'apparato respiratorio

(quali bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, tubercolosi)?

Malattie dell'apparato cardiocircolatorio

(quali infarto, angina pectoris, ipertensione, varici arti inferiori, arteriopatie periferiche, ictus)?

Malattie del sistema uro genitale

(quali nefrite, calcolosi renale, alterazione del ciclo, incontinenza)?

Malattie dell'apparato digerente

(quali gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, cirrosi epatica, colecistite calcolosa, colite ulcerosa, morbo di Crohn, epatite virale)?

Malattie dell'apparato osteo-articolare (quali osteoporosi, artrosi, artrite)?

Malattie del sangue (quali anemia)?

Malattie della mammella (quali mastopatia fibrocistica)?

Malattie del sistema neurologico

(quali morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, sindrome demenziale, sclerosi multipla, malattia dei motoneuroni (es. sclerosi laterale amiotrofica), epilessia, qualunque disturbo progressivo debilitante)?

In caso di risposta affermativa ad una delle suddette domande, si prega di specificare la/e malattia/e (non solo l'apparato ma la malattia precisa) la data d'insorgenza, il trattamento (pregresso ed attuale), l'attuale situazione in merito

14) È in stato di gravidanza?

si no

In caso affermativo, si prega di specificare a quale mese ed eventuali complicazioni:

15) E' mai stato sottoposto a trasfusioni di sangue o di suoi derivati?

si no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (motivo, quando, eventuali conseguenze):

16) Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbre, dissenteria, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (specificare i sintomi di cui soffre o a sofferto e quando):

17) Le è mai stato diagnosticato qualche tipo di tumore ?

si no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (tipo di tumore, organo interessato, data insorgenza, attuale situazione):

18) È stato sottoposto a chemioterapia, radioterapia o cobaltoterapia?

si no

In caso affermativo, si prega di fornire dettagli (tipo di terapia, motivo, quando, attuale situazione):

Nome Cognome a) _____

Via b) _____

Città e Cap c) _____

Nato d) Luogo _____ data _____

Codice Fiscale f) _____

Telefono e Fax g) _____

Email h) _____

Informazioni per prima proposta

Capitale Assicurato > € 30.000 < € 250.000 € _____

Frazionamento del Premio: Mensile (RID) Trimestrale (RID)
 Semestrale (RID) Annuale

Durata del contratto 5 anni 10 anni

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente Questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al Questionario stesso.

Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia. Sono consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono compromettere la liquidazione del sinistro, ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile. Libero dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo (anche in caso di sinistro) di rivolgersi per informazioni, ed acconsento, anche ai sensi del D. Lgs. 196/03, che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso o da chi per esso comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative. Letto ed approvato specificatamente quanto sopra.

Luogo. Data.

Firma dell ' Assicurato : _____