



Questionario anamnestico da inviare a mezzo fax allo 0971.53.802

## ATTENZIONE UN QUESTIONARIO PER OGNI ASSICURATO

Questionario Nr. |\_\_\_| di |\_\_\_| della polizza con Contraente \_\_\_\_\_

### A -PARTE ANAGRAFICA DELL'ASSICURANDO

Assicurato \_\_\_\_\_

Data di nascita |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Rapporto con il contraente |\_\_\_| Coniuge/Convivente |\_\_\_| Figlio/a |\_\_\_| Altro \_\_\_\_\_

### B - INFORMAZIONI SU ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

Altre assicurazioni in essere e o annullate Malattia/Infortuni /Vita  SI  NO

Se SI indicare la Compagnia \_\_\_\_\_

Se annullate indicare il motivo \_\_\_\_\_

### C -INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

Peso |\_\_\_| Kg Altezza |\_\_\_| cm Pressione Minima |\_\_\_| Massima |\_\_\_|

1 Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?  SI  NO

quando Per quale motivo

esito esami del sangue \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

esami delle urine \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

elettrocardiogramma \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

radiografie,tac,rmn \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

ecografie \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

elettroencefalogramma \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

2 Ha mai sofferto negli ultimi 3 anni o soffre attualmente di malattie diagnosticate o curate e/o di disturbi ricorrenti o cronici?  SI  NO Se si quali e con quali conseguenze \_\_\_\_\_

3 E' mai stato ricoverato in Ospedali, Case di Cura per malattie e/o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia e parto naturale?  SI  NO Se si quando e per quale motivo e con quali conseguenze \_\_\_\_\_

4 Ha mai subito traumi o lesioni accidentali?  SI  NO Se si quali, quando e con quali conseguenze \_\_\_\_\_

5 Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali della vista, dell'udito, degli arti, o di altro tipo?

SI  NO se si quali, da quando e di quale entità \_\_\_\_\_

6 Fa uso abituale di farmaci?  SI  NO Se si quali, per quale motivo, da quanto tempo e con quali dosaggi \_\_\_\_\_

7 Ha in previsione ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e/o cicli di terapia farmacologica  SI  NO Se si quali, quando e per quale \_\_\_\_\_

8 Chi e' il suo Medico curante abituale e/o di famiglia? Città \_\_\_\_\_

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

9 Ulteriori considerazioni \_\_\_\_\_

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli art.1892,1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed e' consapevole che il presente questionario formerà parte della integrante della possibile emittenda polizza. Il sottoscritto scioglie altresì dal segreto professionale Medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le persone alle quali la compagnia ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni attinenti all'oggetto della possibile emittenda polizza

**FIRMA DELL'ASSICURANDO O SE MINORE DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA  
LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE**

Luogo e data \_\_\_\_\_ |\_\_\_| |\_\_\_| |\_\_\_| \_\_\_\_\_