

QUESTIONARIO SANITARIO

DA COMPILARE PER OGNI ASSICURANDO

Prodotto: _____

Forma di garanzia _____

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____ Professione _____

Residenza in via _____ Città _____ Codice Fiscale _____

A. È mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura?

SI NO

B. È mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale)?

SI NO

C. Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie continuative o a cicli ripetuti (ad es. cure con farmaci, dialisi, emotrasfusioni, fisioterapia, ecc.)?

SI NO

D. Si è mai sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti diagnostici (ad es. esami del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, TAC, ecografie, Esami endoscopici, PAP test, mammografia, ecc.)?

SI NO

E. Fa uso di alcolici? SI NO
Fa uso di tabacco? SI NO

F. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

SI NO

G. Colesterolemia (oltre 35 anni)

SI NO

H. Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno?

SI NO

I. È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es. deficit della vista e/o dell'udito, esiti di poliomielite, malformazioni congenite, difetti cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo, ecc.)?

SI NO

L. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es. fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici, ecc.)?

SI NO

M. Soffre attualmente di qualche malattia acuta cronica (ad es. bronchite, ulcera, ipertensione arteriosa, malattie di cuore, di fegato, di reni, malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose, diabete, calcoli, artrosi o altre malattie reumatiche, tumori, ecc.)?

SI NO

N. Costituzione fisica:

altezza cm _____ peso kg _____ Pressione arteriosa abituale: min. _____ max _____ Sesso: M F

Il sottoscritto è consapevole che il presente questionario forma parte integrante della polizza e che le notizie ed i dati sopra riportati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di Harmony Mutuelle. Pertanto, omissioni o dichiarazioni inesatte possono pregiudicare l'indennizzabilità dell'evento denunciato, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

Agenzia/Broker _____

Compilato in mia presenza il _____

Firma dell'Agente _____

Firma dell'Assicurando _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute) per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo.

Firma al consenso al trattamento dei dati _____

La validità del presente questionario è di trenta giorni dalla data di sottoscrizione.