

QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la potestà, eventualmente anche con il supporto del medico curante.

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Via/Piazza: n°:

Cap: Località: Prov.:

Telefono: Cellulare

Email

C.F.: Data di nascita:Peso:

Altezza: Pressione arteriosa: Min:..... Max:.....

Attività lavorativa principale (e secondaria):

.....

NOTIZIE SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI

Le è mai stata riconosciuta da Società di assicurazione una invalidità permanente o una Inabilità temporanea? NO SI

Ha in corso altre polizze assicurazioni malattia NO SI ; Con quale Società di assicurazione e che tipo di polizza?

Ne ha avute precedentemente? NO SI Con quale Società di assicurazione?

Per quale motivo sono state annullate?

E' mai stata rifiutata od accettata condizioni speciali da parte di un'altra Società di assicurazione una sua richiesta di polizza malattia NO SI perché:

.....

Quale Società di assicurazione?

NOTIZIE GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Soffre o ha sofferto in passato malattie che abbiano comportato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)? NO SI Se si, quali e quando?

.....

Con degenza superiore a 8 giorni? NO SI Con postumi clinici permanenti?

Ha subito in passato infortuni che abbiano causato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)? NO SI Se si, quali e quando?

Con degenza superiore a 8 giorni? NO SI Con postumi clinici permanenti?

Assume farmaci a scopo terapeutico in modo continuativo? NO SI Se si, quale/i e per quale motivo?

.....

Ha effettuato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici con risultato patologico? NO SI

Se si, quali? Con quale esito?

.....

NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Negli ultimi 3 anni ha sofferto malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche ed assenza dal lavoro per un periodo complessivo superiore a 3 mesi o per singoli periodi continuativi superiori a 15 giorni?
 NO SI ; Se SI specificare la causa:

Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici? Indicare quando, perché ed esito
 Elettrocardiogramma NO SI ;

Radiografie NO SI ;

Elettroencefalogramma NO SI ;

Esami del sangue NO SI ;

Anti - HIV NO SI ;

HBsAg (epatite) NO SI ;

Esami urine NO SI ;

Altri NO SI ;

E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia? NO SI ; specificare: (anno, tipo, durata, motivo)

E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati? NO SI ; motivo

Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO SI ; Quali, da quando e di che grado:

miopia NO SI ;astigmatismo NO SI ;

altri della vista NO SI ;

dell'udito NO SI ;

degli arti NO SI ;

altri NO SI ;

Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI ; Quali e da quando?

del cranio NO SI ;

degli organi di senso NO SI ;

degli arti NO SI ;

di altre localizzazioni NO SI ;

Fa uso: a) di tabacco? NO SI ; quanto e da quando?

Fa uso di alcolici? NO SI ; quanto e da quando?

Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI ; tipo di sostanza assunta e da quanto tempo:

PER UOMINI E' stato riformato alla visita per il servizio militare? NO SI ; motivo:

PER DONNE ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle? NO SI ;
 quali?..... è incinta? NO SI ;

mese di gravidanza? precedenti gravidanze NO SI quante? aborti quanti?
 parti cesarei, quanti? parti prematuri, quanti? figli, quanti?

Ha sofferto o soffre di malattie:

a) infettive? NO SI ; quando, tipo e durata:

b) dell'apparato respiratorio? NO SI ; asma bronchite , enfisema , pleurite , tbc , tumori ,
altre malattie; Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:

c) dell'apparato cardiocircolatorio? NO SI : infarto , angina pectoris , ipertensione , valvulopatie
, varici degli arti inferiori , altre malattie ; Precisare per ogni malattia natura ; Precisare per ogni
malattia l'anno di insorgenza e durata:

d) dell'apparato digerente? NO SI : ulcera gastruodenale , colite ulcerosa , epatite virale , cirrosi
epatica , calcolosi biliare , emorroidi , tumori , altre malattie ; Precisare per ogni malattia natura,
l'anno di insorgenza e durata:

e) dell'apparato urogenitale? NO SI : nefriti , calcolosi , insufficienza renale , prostata , ovaio
, utero tumori , altre malattie . Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata:

f) dell'apparato osteoarticolare? NO SI : artriti , artrosi , ernia disco , gotta , tumori , altre
malattie . Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza durata e la sede:

g) del sistema nervoso o della psiche? NO SI : morbo di Parkinson , demenza , epilessia , tumori
, altre malattie o disturbi ; Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata

h) del sistema endocrino? NO SI : della tiroide , del surrene , di altre ghiandole , altre malattie
o disturbi ; Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata:

i) metaboliche? NO SI : diabete , dislipidemia , iperuricemia , altre malattie ; Precisare per
ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata:

l) del sangue? NO SI : anemie , leucemie , altre malattie o disturbi ; Precisare per ogni
malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata:

m) del connettivo NO SI : connettivite mista , lupus eritematoso sistemico (LES) , poliarterite nodosa , sclerodermia , altre malattie o disturbi ; Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata:

.....
.....

n) della pelle? NO SI :

o) ernie? NO SI :

p) altre malattie o disturbi? NO SI :

ULTERIORI CONSIDERAZIONI.....

.....
.....

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Assicurato inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società;

- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere nonché autorizza gli Enti Sanitari, Istituti in genere pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;

- si impegna altresì a fornire, a richiesta dell'impresa o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio;

Dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy e con la sottoscrizione del presente questionario esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili e alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

Data, _____

FIRMA DELL'ASSICURATO O, SE MINORE , FIRMA DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA'
