

QUESTIONARIO SANITARIO

- LINEA AZIENDE -

FONDIARIA - SAI
DIVISIONE SAI

PARTE I

Agenzia/Zona broker _____ cod. _____

N. questionario _____ allegato a polizza n. M _____

Assicurando/a _____

Data di nascita | | | / | | | / | | | | |

Altezza _____ Peso _____ Valori pressori _____ Fumo NO SI

Medico di famiglia Dott. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Precedenti clinici

1. **Ha subito in passato infortuni?** NO SI

1.1 Se sì, quando? _____

1.2 In che parte del corpo? _____

1.3 Quali postumi sono residuati? _____

2. **Ha sofferto in passato di qualche malattia (indicare qualsiasi disturbo di natura organica e/o psichica, tranne i vizi della vista per i quali si veda domanda 7 - PARTE I)?** NO SI

3. **È stato ricoverato o ha subito interventi chirurgici (compresi eventuali parti cesarei)?** NO SI

4. **Nell'ultimo anno ha eseguito esami?** NO SI

4.1 Se sì, quali, per che motivo e con quale esito _____

Situazione attuale

5. **Soffre attualmente di qualche malattia (indicare qualsiasi disturbo di natura organica e/o psichica, tranne i vizi della vista per i quali si veda domanda 7 - PARTE I)?** NO SI

6. **Sta assumendo farmaci?** NO SI

6.1 Se sì, quali e per quale motivo _____

7. **Se soffre attualmente di vizi della vista indichi quali e con quali conseguenze sul visus**

Se si risponde in modo affermativo alle domande 2,3,4,5,6 è necessario compilare anche la parte II del questionario.

Si ricorda di sottoscrivere il questionario nell'apposito spazio a pag. 3.

PARTE II

Avvertenza per l'assicurato/a

Nell'elenco seguente sono state riportate, suddivise per apparato e per tipologia, le malattie più ricorrenti. La preghiamo di rispondere ad ogni domanda indicando in caso di risposta affermativa il tipo di malattia sofferta, la data di insorgenza e di eventuali recidive; in caso di malattie non presenti nell'elenco, La preghiamo di riportarle alla voce "altre non comprese", precisando anche per quest'ultime la data di insorgenza e di recidive.

1. Apparato respiratorio

Bronchite cronica, Enfisema, Asma, Pneumatopatie professionali (asbestosi, silicosi), Tromboembolia polmonare, Malattie del mediastino, Malattie della pleura.

NO SI

1.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

1.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

2. Apparato cardiovascolare

Ipertensione arteriosa, Angina, Ischemia, Infarto, Endocardite infettiva, Vizi valvolari (stenosi e/o insufficienza della valvola mitrale e/o aortica e/o tricuspide e/o polmonare), Cardiomiopatie (dilatative, ipocinetiche, restrittive, ipertrofiche), Malattie del pericardio, Cardiopatie congenite, Malattie dell'aorta (aneurismi, dissecazioni), Arteriopatie periferiche ostruttive, Vene varicose, Trombosi venose.

NO S

2.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

2.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

3. Apparato digerente

Ulcera peptica, Gastrite, Gastroduodenite, Colite, Occlusione intestinale, Peritonite, Diverticolosi, Diverticolite.

NO S

3.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

3.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

4. Fegato, Sistema biliare, Pancreas

Ittero, Insufficienza epatica, Epatite virale acuta e cronica, Epatopatie da tossici e da farmaci, Epatopatia alcolica, Cirrosi biliare, Ascessi e cisti del fegato, Calcoli delle vie biliari, Pancreatite acuta o cronica.

NO S

4.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

4.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

5. Malattie infettive

Endocarditi, Pericarditi, Miocarditi, Bronchiti, Polmoniti, Encefaliti, Meningiti, Osteomieliti, Tubercolosi, Infez. da salmonella, Infez. da funghi, Infez. delle vie urinarie, Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

NO S

5.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

5.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

6. Rene

Sindrome nefritica, nefrosica, Insufficienza renale acuta, Calcolosi renale.

NO S

6.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

6.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

7. Apparato genito-urinario

Epidermite, Orchite, Ipertrofia prostatica, Endometriosi, Fibroma uterino, Calcolosi vescicale, Papillomi vescicali.

NO S

7.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

7.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

8. Occhio

Glaucoma, Cataratta, Retinopatie.

NO S

8.1 Se sì, indicare quali _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

8.2 Altre non comprese _____ data insorgenza | | | / | | | / | | | | data recidive | | | / | | | / | | | |

9. Malattie neurologiche

Epilessia, Parkinsonismo, Disturbi cerebrovascolari (stroke/ictus), Malattie demielinizzanti (sclerosi multipla o mielopatie), Malattie dei nervi periferici o delle giunzioni neuromuscolari, Lesioni del midollo spinale, Disturbi del comportamento (Sindromi: ansiose, depressive, psichiatriche).

NO SI

9.1 Se si, indicare quali _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

9.2 Altre non comprese _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

10. Malattie endocrinologiche e metaboliche

Disturbi dell'ipofisi, della tiroide, delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ovaio o del testicolo, Patologie della mammella, Diabete mellito, Osteoporosi.

NO SI

10.1 Se si, indicare quali _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

10.2 Altre non comprese _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

11. Malattie del sangue

Anemie, Talassemie, Trombocitopenie/Trombocitosi, Disturbi della coagulazione.

NO SI

11.1 Se si, indicare quali _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

11.2 Altre non comprese _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

12. Malattie reumatiche e osteo-articolari

Artrite reumatoide, Lupus, Reumatismo articolare acuto, Osteoartrite, Osteoartrite, Gotta / Iperuricemia.

NO SI

12.1 Se si, indicare quali _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

12.2 Altre non comprese _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

13. Tumori

Leucemie, Morbo di Hodgkin, Linfoma non Hodgkin, Mielomi, Melanomi. Tumori: della testa e del collo, cardiaci, del polmone, della mammella, dello stomaco, del fegato, del pancreas, dell'intestino tenue, del colon, del rene, del testicolo, della prostata, dell'apparato genitale femminile, delle ghiandole, del sistema nervoso centrale e/o periferico.

NO SI

13.1 Se si, indicare quali _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

13.2 Altre non comprese _____ data insorgenza ____/____/____ data recidive ____/____/____

14. Precisazioni _____

DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURANDO/A

1 - Il sottoscritto, consapevole che le presenti notizie e dati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte della FONDIARIA-SAI, dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e conferma di non avere alterato alcuna circostanza connessa alle domande suesposte. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Proscioglie infine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'assicurando/a dichiara di non essere affetto da tossicodipendenza e/o alcolismo.

2 - Il sottoscritto dichiara di: (barrare la casella interessata)

- non essere mai stato in precedenza assicurato/a con polizze relative a rimborsi di spese mediche conseguenti a infortunio e malattia;
- essere già stato assicurato/a con polizze relative a rimborsi di spese mediche conseguenti ad infortunio e malattia con: (indicare Compagnia e periodo) _____

3 - Consenso al trattamento assicurativo di dati personali ai sensi della legge 675/1996

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 10 della Legge 675/1996, il sottoscritto acconsente:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che lo riguardano, funzionale al rapporto giuridico, da concludere con la Società Assicuratrice, trattamento a cui possono essere connessi adempimenti di obblighi di legge e/o di regolamento;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nella predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate nella informativa stessa ovvero obbligatori per legge e/o regolamento. Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data ____/____/____

Firma _____