

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – INFORTUNI E MALATTIE

Codice agenzia Denominazione

Garanzie richieste:

Infortunati I.P.M. Indennità da ricovero
Rimborso Spese Mediche formula BASE formula TOP

A. Parte anagrafica per l'Assicurando

Assicurando..... Nato il.....

Cod. Fisc.....

Indirizzo..... Comune.....

Prov..... CAP.....

Professione.....

Pregresse assicurazioni infortuni/malattia annullate

SI..... NO.....

con la Società.....Motivi.....

altre assicurazioni malattia – infortunio in corso?

SI..... NO..... con la Società.....

B. Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurando

Peso..... Altezza.....

pressione arteriosa: massima..... minima.....

1. ha mai subito traumi ed infortuni? SI..... NO.....

Se SI indicare: quali.....

Quando.....

Postumi.....

2. soffre di qualche malattia? SI..... NO.....

Se SI indicare:

quale.....

3. ha sofferto di qualche malattia?

SI..... NO.....

Se Si indicare: quale.....

Quando fu accertata.....

Quando ne guarì.....

Postumi.....

4. nello specifico, soffre o ha sofferto di malattie e/o disturbi: (se SI indicare quali, da quanto tempo e di quale entità)

Dell'apparato respiratorio?.....

Dell'apparato circolatorio?.....

Dell'apparato digerente?.....

Dell'apparato urinario e/o genitale?.....

Dell'apparato osteo-articolare e del
connettivo?.....

Del sistema nervoso e della psiche?.....

Del sistema endocrino o metabolico?.....

Del sangue e dell'apparato linfatico?.....

Della pelle?.....

Malattie infettive?.....

5. è mai stato ricoverato, anche in regime di Day Hospital, in Ospedali, case di Cura per malattie e/o interventi chirurgici diversi da: appendicectomia, adenotonsillectomia, varici degli arti inferiori, emorroidi, parto cesareo?

SI..... NO.....

Se SI indicare: quando, per quale motivo e con quali

conseguenze.....

6. è mai stato sottoposto ad interventi diversi da: appendicectomia, adenotonsillectomia, varici degli arti inferiori, emorroidi, parto cesareo?

SI..... NO.....

Se SI indicare: quando, per quale motivo e con quali conseguenze.....

7. soffre di imperfezioni fisiche o disturbi funzionali della vista, dell'udito, degli arti o di altro tipo?

SI..... NO.....

Se SI indicare: quali, da quando e di quale entità.....

8. è portatore di apparecchi protesici (escluse protesi dentarie)?

SI..... NO.....

Se SI specificare quali.....

9. sta attualmente seguendo cure mediche o assumendo medicinali?

SI..... NO.....

Se SI specificare quali e per quale motivo.....

10. le è stata riconosciuta una pensione di invalidità?

SI..... NO.....

Se SI specificare (civile, INPS, INAIL, altro..).....

11. accertamenti diagnostici effettuati negli ultimi cinque anni che abbiano evidenziato patologie

Compilare la seguente scheda:

Tipo di esame	SI	NO	motivi	Anno	Esito
Esami del sangue					
Esami delle urine					
Elettrocardiogramma					
Elettroencefalogramma					
Radiografie					
TAC – ecografie					
Biopsie					

Markers Epatiti B – C					
Altri.....					

12. è un fumatore? SI..... NO.....

Se SI precisare numero di sigarette al giorno
 Se NO, e precedentemente lo era, precisare da quanto tempo ha cessato definitivamente:
 da meno di sei mesi..... da più di sei mesi.....

13. ha i previsione ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e/o cicli di terapia farmacologica?

SI..... NO.....
 Se SI indicare quali, quando e per quale causa

C. Riservato alle donne

14. ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie della mammella? SI..... NO.....

Se SI indicare quali, da quando e di quale entità.....

15. è in stato di gravidanza? SI..... NO.....
 Se Si quale mese.....

16. ha avuto precedenti gravidanze? SI..... NO.....

Se SI compilare la seguente tabella:

	Quanti	Quando
Parti spontanei		
Parti cesarei		
Aborti		

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo, e che le malattie e gli stati patologici dichiarati non saranno coperti dalla polizza. Il sottoscritto proscioglie altresì dal segreto professionale Medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le persone alle quali la Società ritenesse i ogni tempo di rivolgersi per informazioni attinenti all'oggetto del presente contratto.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE

IN..... IL.....

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

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

.....

.....

L'Assicurando dichiara di avere ricevuto dalla Società preventivamente alla sottoscrizione del presente contratto di assicurazione la "Nota Informativa" redatta ai sensi e per gli effetti dell'art. 185 del D. Lgs. n. 209/2005.

L'ASSICURANDO

.....

L'Assicurando, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e "sensibili" esprime il consenso:

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'Informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 dell'Informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'Informativa stessa.

L'ASSICURANDO

.....

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) dell'Informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) dell'Informativa stessa.

L'ASSICURANDO

.....

Mod. QA34004 ed. 15/05/2016