

Allegato n° _____
Polizza N. _____ - Ramo ____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e nome _____
Data di Nascita _____

Sesso ____ Codice Fiscale _____
Provincia di residenza: ____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. Ha in corso, o ne ha avute precedentemente, altre polizze per assicurazione malattia, infortunio, vita, malattie gravi con Società di assicurazione diverse da Vera Assicurazioni?

☐ SÌ ☐ NO

Con quale Società di assicurazione?

2. Peso kg:

Altezza cm:

Pressione arteriosa - massima mmhg / minima mmhg

3. Fuma più di 20 sigarette al giorno?

☐ SÌ ☐ NO

4. E' mai stato ricoverato/Ha mai sofferto di malattie dovute all'assunzione di alcool?

☐ SÌ ☐ NO

- 5a. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, anche in regime di Day Hospital o Surgery, per malattie e/o interventi chirurgici diversi da: parto naturale o parto cesareo, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, faringiti, ernie inguinali, emorroidi, congiuntiviti, malattie esantematiche (morbillo, varicella....) lesioni meniscali, rimozione cisti?

☐ SÌ ☐ NO

- 5b. E' mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali per parto cesareo?

☐ SÌ ☐ NO



6. Ha sofferto o soffre delle seguenti malattie:

- infettive:
 - HIV NO ☐ / SI ☐
 - Meningite NO ☐ / SI ☐
 - Osteomieliti NO ☐ / SI ☐
- dell'apparato respiratorio:
 - Asma cronica in trattamento farmacologico continuativo NO ☐ / SI ☐
 - Bronchite e/o polmonite croniche NO ☐ / SI ☐
 - Enfisema NO ☐ / SI ☐
 - TBC NO ☐ / SI ☐
- dell'apparato cardiocircolatorio e del sangue:
 - Flebite e/o varici NO ☐ / SI ☐
 - Cardiopatia ischemica o aritmica o valvolare NO ☐ / SI ☐
 - Anemia mediterranea, perniziosa, falciforme NO ☐ / SI ☐
 - Ipertensione arteriosa complicata da danno d'organo (cardiopatia, nefropatia, retinopatia, vasculopatia cerebrale) NO ☐ / SI ☐
 - Arteriopatie NO ☐ / SI ☐
 - Coagulopatie NO ☐ / SI ☐
- del sistema nervoso centrale e psiche:
 - Epilessia o forme simil-epiletiche NO ☐ / SI ☐
 - Morbo di Parkinson NO ☐ / SI ☐
 - patologie psichiatriche (psicosi, nevrosi, disturbi della personalità, sindrome ansioso-depressiva, sindrome maniaco-depressiva) NO ☐ / SI ☐
 - ictus e altri accidenti cerebro-vascolari NO ☐ / SI ☐
 - sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti NO ☐ / SI ☐
 - vertigini NO ☐ / SI ☐

- dell'apparato digerente:
 - ulcera gastroduodenale NO ☐ / SI ☐
 - coliti ulcerose NO ☐ / SI ☐
 - morbo di Chron NO ☐ / SI ☐
 - epatiti virali NO ☐ / SI ☐
 - cirrosi epatica NO ☐ / SI ☐
 - pancreatite NO ☐ / SI ☐
 - calcolosi biliare NO ☐ / SI ☐
 - malattie del fegato NO ☐ / SI ☐
- malattie del rene e delle vie urinarie:
 - nefrite NO ☐ / SI ☐
 - calcolosi NO ☐ / SI ☐
 - insufficienza renale cronica NO ☐ / SI ☐
- altre malattie:
 - tumori maligni NO ☐ / SI ☐
 - tumori benigni NO ☐ / SI ☐
 - diabete trattato con insulina NO ☐ / SI ☐
 - dislipidemia (ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, altri) NO ☐ / SI ☐
 - esiti di traumi NO ☐ / SI ☐
 - malattie reumatiche e connettivi NO ☐ / SI ☐
 - malattie dell'apparato endocrino (ipofisi, tiroide, paratiroide, surrene, gonadi) NO ☐ / SI ☐
 - malattie della retina NO ☐ / SI ☐
 - glaucoma NO ☐ / SI ☐

7. E' stato riconosciuto o ha in corso domande per il riconoscimento di invalidità civile o invalidità pensionabile?

☐ SI ☐ NO

8. Soffre o ha sofferto di patologie conseguenti a infezioni di COVID19?

☐ SI ☐ NO

9. E' esposto ad attività lavorative ad elevato rischio (quali: lavori ad altezze, subacqueei, sotterranei, con esplosivi, a contatto di sostanze tossiche o carcinogene o con radiazioni)?

☐ SI ☐ NO

10. Ad un suo parente di primo grado prima di raggiungere i 60 anni è stato diagnosticato, oppure è deceduto a causa di: cancro, infarto miocardico, ictus, diabete, malattia renale, morbo di Parkinson, demenza, morbo di Alzheimer?

☐ SI ☐ NO



11. Le sono stati prescritti esami di laboratorio o strumentali (ad esempio: ecg, esami del sangue speciali, risonanza magnetica RMN, tomografia assiale computerizzata TAC, biopsia) oppure è in attesa di conoscerne i risultati, oppure intende consultare qualche medico o è in procinto di sottoporsi ad una terapia, a causa di:

- Malattie cardiovascolari
- Diabete
- Malattie renali
- Malattie del sistema nervoso
- Malattie oncologiche

☐ SÌ

☐ NO

L'assicurando dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte date 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 e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.**
- **s'impegna a fornire, a richiesta della Società o di chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.**
- **si impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie all'accertamento del sinistro, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengano indispensabili alla gestione del sinistro.**
- **dichiara di essere stato informato e di aver rilasciato il consenso previsto dalla vigente normativa sui dati personali e sensibili.**

Data _____

FIRMA ASSICURATO _____

FAC SIM

ATTENZIONE NON SOSTITUISCE LO STAMPA



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO