

Allegato n° _____
Polizza N. _____ - Ramo ____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e nome _____ Sesso ____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita _____ 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: | | | • dell'apparato digerente: | |
| - HIV | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - ulcera gastroduodenale | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Meningite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - coliti ulcerose | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Osteomieliti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - morbo di Chron | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| • dell'apparato respiratorio: | | | - epatiti virali | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Asma cronica in trattamento
farmacologico continuativo | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - cirrosi epatica | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Bronchite e/o polmonite croniche | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - pancreatite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Enfisema | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - calcolosi biliare | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - TBC | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie del fegato | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| • dell'apparato cardiocircolatorio e del
sangue: | | | • malattie del rene e delle vie urinarie: | |
| - Flebite e/o varici | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - nefrite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Cardiopatia ischemica o
aritmica o valvolare | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - calcolosi | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Anemia mediterranea,
perniciosa, falciforme | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - insufficienza renale cronica | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Ipertensione arteriosa complicata
da danno d'organo (cardiopatia,
nefropatia, retinopatia,
vasculopatia cerebrale) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | • altre malattie: | |
| - Arteriopatie | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - tumori maligni | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Coagulopatie | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - tumori benigni | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| • del sistema nervoso centrale e psiche: | | | - diabete trattato con insulina | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Epilessia o forme simil-epiletiche | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - dislipidemia (ipercolesterolemia,
ipertrigliceridemia, altri) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Morbo di Parkinson | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - esisti di traumi | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - patologie psichiatriche (psicosi,
nevrosi, disturbi della personalità,
sindrome ansioso-depressiva,
sindrome maniaco-depressiva) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie reumatiche e connettiviti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - ictus e altri accidenti cerebro -
vascolari | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie dell'apparato endocrino
(ipofisi, tiroide, paratiroide, surrene,
gonadi) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - sclerosi multipla o altre malattie
demielinizzanti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie della retina | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - vertigini | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - glaucoma | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |

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

FAC SIMILE

ATTENZIONE NON SOSTITUISCE LO STAMPATO DI CLICKIGO



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 SIMILE
ATTENZIONE NON SOSTITUISCE LO STAMPATO DI CLICK2GO



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO