

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, fortunic, vita, malattie gravi con Società di assicurazione diverse da Vera Assicurazioni?

SI  NO

Con quale Società di assicurazione?

2. Peso kg:  
Altezza cm:

Pressione arteriosa - massima mmhg / minima mmhg

3. Fuma abitualmente?

SI  NO

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

SI  NO

5.1. Negli ultimi 3 anni è mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, anche in regime di Day Hospital o Day 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, cataratta, tunnel carale, alluce valgo, ginecomastia, ritenzione del testicolo, polipi nasali?

SI  NO

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

SI  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, perniciosa, 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) con valori costantemente superiori alla norma nonostante la terapia farmacologica continuativa NO  / SI
  - esiti di traumi NO  / SI
  - malattie reumatiche e connettiviti NO  / SI
  - malattie dell'apparato endocrino (ipofisi, tiroide, paratiroide, surrene, gonadi) NO  / SI
  - malattie della retina (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

FAC SIMILE ATTENZIONE NON SOSTITUISCE LO STAMPATO DI CRY2GO



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