

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?  
 SI  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?  
 SI  NO
4. E' mai stato ricoverato/Ha mai sofferto di malattie dovute all'assunzione di alcool?  
 SI  NO
- 5.1. 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 ?  
 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:  |   |  | • 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<br>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<br>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<br>aritmica o valvolare   | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |  | - calcolosi   | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Anemia mediterranea,<br>perniciosa, falciforme  | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |  | - insufficienza renale cronica  | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - Ipertensione arteriosa complicata<br>da danno d'organo (cardiopatia,<br>nefropatia, retinopatia,<br>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,<br>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,<br>nevrosi, disturbi della personalità,<br>sindrome ansioso-depressiva,<br>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 -<br>vascolari  | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |  | - malattie dell'apparato endocrino<br>(ipofisi, tiroide, paratiroide, surrene,<br>gonadi) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> |
| - sclerosi multipla o altre malattie<br>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



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 \_\_\_\_\_



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO