

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

## 9. E' esposto ad attività lavorative ad elevato rischio (quali: lavori ad altezze, subacquei, 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** \_\_\_\_\_



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO