

QUESTIONARIO SANITARIO

La completezza e la veridicità delle notizie fornite dall'Assicurando costituiscono, ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, presupposto essenziale per la validità ed efficacia del contratto di assicurazione

DATI ANAGRAFICI

AGENZIA/CODICE	COD. INCASSO	COD. PRODUTTORE
----------------	--------------	-----------------

CONTRAENTE (compilare anche se coincidente con l'Assicurando)

TITOLO - COGNOME E NOME - RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE O PARTITA IVA				
RESIDENZA - SEDE LEGALE: VIA E N. CIVICO	COMUNE	PROV.	CAP		
TELEFONO	INDIRIZZO E-MAIL				
LUOGO DI NASCITA	PROV.	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE		
COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	IN DATA

ASSICURANDO

TITOLO - COGNOME E NOME	CODICE FISCALE				
RESIDENZA VIA E N. CIVICO	COMUNE	PROV.	CAP	TELEFONO	
LUOGO DI NASCITA	PROV.	DATA DI NASCITA	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO
STATO TABAGICO	<input type="checkbox"/> FUMATORE	<input type="checkbox"/> NON FUMATORE			

DA COMPILARE SE IL CONTRAENTE È PERSONA GIURIDICA - LEGALE RAPPRESENTANTE O DELEGATO

TITOLO - COGNOME E NOME	CODICE FISCALE				
RESIDENZA VIA E N. CIVICO	COMUNE	PROV.	CAP	TELEFONO	
LUOGO DI NASCITA	PROV.	DATA DI NASCITA	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO
COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	IN DATA

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

IL CONTRAENTE E L'ASSICURATO PRENDONO ATTO CHE:

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA CONTENENTE IL QUESTIONARIO, IL SOGGETTO DI CUI ALLA LETTERA A) DEVE VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO STESSO;
- ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, SOPPORTANDONE LE SPESE CONSEGUENTI.

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI VENGA PRESTATO LA GARANZIA RENDITA VITALIZIA DA NON AUTOSUFFICIENZA O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO:

- L'ASSICURANDO SVOLGE UNA DELLE SEGUENTI PROFESSIONI?
AUTOTRASPORTATORE DI MATERIALE ESPLOSIVO, PIROTECNICO, ADDETTO A LAVORI IN POZZI, CAVE, GALLERIE O MINIERE, GAS E MATERIE VELENOSE, PALOMBARO, SOMMERSIBILISTA, PARACADUTISTA, MILITARE CHE PARTECIPARE A MISSIONI ALL'ESTERO O APPARTENENTE A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PUBBLICA APPARTENENTI A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PRIVATA IN MISSIONI ALL'ESTERO, ADDETTI AD ORGANI DI INFORMAZIONE IN ATTIVITÀ ALL'ESTERO?
INDICARE PROFESSIONE _____ SI NO
- L'ASSICURANDO SVOLGE UNA ATTIVITÀ SPORTIVA PERICOLOSA COME:
ALPINISMO (OLTRE IL 3° GRADO UIAA), SCI ALPINO FUORI PISTA, BOBLEIGH (GUIDOSLITTA9, SKELETON (SLITTINO), IMMERSIONI SUBACQUEE CON AUTORESPIRATORE, SPELEOLOGIA, SALTII DAL TRAMPOLINO CON SCI O IDROSCI, GARE DI AUTOMOBILISMO E/O MOTOCICLISMO, MOTONAUTICA, PARACADUTISMO, PARAPENDIO, DELTAPLANO E ATTIVITÀ AFFINI?
INDICARE ATTIVITÀ SPORTIVA _____ SI NO

DA COMPILARE NEL CASO IN CUI VENGA PRESTATO LA GARANZIA RENDITA VITALIZIA DA NON AUTOSUFFICIENZA O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO E/O LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:

- 1) IL PESO DELL'ASSICURANDO ESPRESSO IN CHIOGRAMMI SUPERA DI 15 LA PARTE DECIMALE DELLA SUA ALTEZZA ESPRESSA IN METRI?
 SI NO SE SI, INDICARE I VALORI: PESO KG _____ ALTEZZA CM _____
- 2) LA PRESSIONE ARTERIOSA DELL'ASSICURANDO È SUPERIORE A 150 DI MASSIMA OD A 90 MINIMA?
 SI NO SE SI, INDICARE I VALORI PRESSORI P.A. MASSIMA _____ P.A. MINIMA _____
- 3) L'ASSICURANDO SOFFRE O HA SOFFERTO DI MALATTIE O MENOMAZIONI PSICO-FISICHE, TALI DA ALTERARE IL NORMALE BUONO STATO DI SALUTE E/O PER LE QUALI SIA STATO RICOVERATO (anche in regime di day hospital)? (PER QUANTO CONCERNE LA GARANZIA "RENDITA VITALIZIA DA NON AUTOSUFFICIENZA O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO" AD ECCEZIONE DI: ERNIE, APPENDICITE, COLECISTI, TONSILLE, VENE VARICOSE, EMORROIDI, PATOLOGIE TRAUMATICHE)
 SI NO E DA QUANTO TEMPO? _____
- 4) L'ASSICURANDO È IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO PER MALATTIE CRONICHE?
 SI NO QUALI E DA QUANTO TEMPO? _____
PER QUALI MOTIVI? _____
- 5) L'ASSICURANDO HA EFFETTUATO TEST PER EPATITE B, C O HIV CHE ABBIANO AVUTO ESITO POSITIVO?
 SI NO QUALI? _____
- 6) L'ASSICURANDO HA SUBITO LESIONI TRAUMATICHE?
 SI NO QUALI E QUANDO? _____
PER QUALE MOTIVO? _____
- 7) L'ASSICURATO È AFFETTO DA ALCOLISMO, FA O HA MAI FATTO USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI?
 SI NO IN QUALE MISURA? _____
DA QUANTO TEMPO? _____
- 8) BENEFICIA DI ESENZIONE TOTALE DAL TICKET SANITARIO DI PATOLOGIE CRONICHE, E/O RARE OPPURE HA FATTO RICHIESTA PER OTTENERLA?
 SI NO IN QUALE ANNO? _____
PER QUALI MOTIVI? _____
- 9) LE VIENE O LE È STATA RICONOSCIUTA UNA PENSIONE DI INVALIDITÀ O INABILITÀ OPPURE NE HA GIÀ FATTO RICHIESTA PER OTTENERLA?
 SI NO IN QUALE ANNO? _____
PER QUALI MOTIVI? _____
- 10) NEGLI ULTIMI 5 ANNI, È STATO SOTTOPOSTO A TERAPIE DI DURATA SUPERIORE A 3 SETTIMANE (TRAMITE FARMACI, KINESITERAPIA, PSICOTERAPIA, ALTRI) PER AFFEZIONI DIVERSE DA IPERCOLESTEROLEMIA, MALATTIE DELLA TIROIDE O MENOPAUSA?
 SI NO QUALI E DA QUANTO TEMPO? _____
- 11) DEVE SOTTOPORSI A BREVE AD ANALISI CLINICHE, AD UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, AD UN INTERVENTO CHIRURGICO O ESSERE RICOVERATO IN OSPEDALE?
 SI NO QUANDO E DOVE? _____
PER QUALI MOTIVI? _____
- 12) HA ESEGUITO NEGLI ULTIMI DUE ANNI: L'ESAME FORNISCE REFERTO DI NORMALITÀ O PATOLOGICO?
(NO=normalità; SI=patologico, quindi produrre documentazione)
- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| ACCERTAMENTI RADIOLOGICI? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
| ESAMI ECOGRAFICI? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
| ACCERTAMENTI T.A.C.? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
| RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
| ESAME DEL FONDO DELL'OCCHIO? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
| ALTRI ESAMI? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ |
- 13) HA AVUTO IN PASSATO ALTRE ASSICURAZIONI PRIVATE MALATTIA NON PIU' IN VIGORE? SI NO
ANNULLATA DALL'ASSICURATORE? SI NO
QUANDO E PER QUALE MOTIVO? _____
PRECEDENTE ASSICURATORE? _____

PER L'EMISSIONE IN AUTONOMIA AGENZIALE, È NECESSARIO CHE A TUTTE LE DOMANDE VENGA DATA RISPOSTA NEGATIVA.

IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA AD UNA O PIU' DOMANDE, INVIARE IL PRESENTE QUESTIONARIO SANITARIO IN DIREZIONE. L'IMPRESA SI RISERVA LA FACOLTA' IN OGNI CASO DI RICHIEDERE ULTERIORI ACCERTAMENTI SANITARI, SE RITENUTI UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.

DICHIARO DI AVER LETTO IL CONTENUTO DELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO E DELLE NOTE ESPLICATIVE RIPORTATE

DATA _____ ASSICURANDO/A (O CHI NE ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ) _____

ATTESTO CHE SUL PRESENTE MODULO, REDATTO E FIRMATO DALL'ASSICURANDO/A, NON SONO STATE APPORTATE MODIFICHE, AGGIUNTE O INTEGRAZIONI.

L'AGENTE _____

NOTE ESPLICATIVE

(il numero progressivo corrisponde a quello del quesito)

- 1 E 2: QUESTE INFORMAZIONI SONO RILEVANTI AI FINI DELL'ANAMNESI FISILOGICA, PER CONSENTIRE AD ESEMPIO DI INDIVIDUARE EVENTUALI DISTURBI DEL METABOLISMO.
- 3: PER RICOVERO SI INTENDE LA PERMANENZA CON PERNOTTAMENTO IN OSPEDALE, CLINICA, CASA DI CURA, CONVALESCENZIARIO. PER DAY HOSPITAL LA DEGENZA ESCLUSIVAMENTE DIURNA.
- 4: AD ESEMPIO: TUMORI, BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA POLMONARE, TONSILLITE CRONICA, IPERTENSIONE ARTERIOSA, CARDIOPATIE, EPATOPATIE, ULCERA GASTRICA O DUODENALE, CALCOLOSI, NEFROPATIE, IPERTROFIA PROSTATICA, DIABETE, MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, VENE VARICOSE, EMORROIDI, ARTROSI, MALATTIE REUMATICHE, MALATTIE GINECOLOGICHE, MALATTIE DELLA PELLE, ECC.
- 5: LA SIEROPOSITIVITÀ HIV È CAUSA DI INASSICURABILITÀ, SE PRESENTE AL MOMENTO DELLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO. E' CAUSA DI AUTOMATICA CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE SE SI MANIFESTA IN CORSO DI CONTRATTO.
- 6: AD ESEMPIO: FRATTURE, DISTORSIONI, LUSSAZIONI, LESIONITENDINEE O MUSCOLARI, TRAUMI CRANICI, ECC.
- 7: ALCOLISMO E TOSSICODIPENDENZA SONO CAUSE DI INASSICURABILITÀ, SE PRESENTI AL MOMENTO DELLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO. SONO CAUSA DI AUTOMATICA CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE SE SI MANIFESTANO IN CORSO DI CONTRATTO. (QUEST'ULTIMA REGOLA NON È APPLICABILE PER LA GARANZIA "RENDITA VITALIZIA DA NON AUTOSUFFICIENZA O INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO").
- 8: LE MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO (TICKET) DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CORRELATE SONO INDIVIDUATE DAL DM 28 MAGGIO 1999, N. 329, SUCCESSIVAMENTE MODIFICATO DAL DM 21 MAGGIO 2001, N. 296 E DAL REGOLAMENTO DELLE MALATTIE RARE (DM 18 MAGGIO 2001, N. 279).
- 9: I LAVORATORI DIPENDENTI, NONCHÉ ALCUNE CATEGORIE DI LAVORATORI AUTONOMI (PICCOLI COLTIVATORI, ARTIGIANI, COMMERCianti), HANNO DIRITTO A PENSIONE DI INVALIDITÀ IN CASO DI RIDUZIONE PERMANENTE DELLE CAPACITÀ DI LAVORO, IN OCCUPAZIONI CONFACENTI LE PROPRIE ATTITUDINI. DI NORMA COSTITUISCE REQUISITO MINIMO LA RIDUZIONE A MENO DI UN TERZO DELLE CAPACITÀ LAVORATIVE (INVALIDITÀ DEL 66,6%). ANCHE I LAVORATORI AUTONOMI CHE ESERCITANO UNA LIBERA PROFESSIONE HANNO DIRITTO A PENSIONE DI INVALIDITÀ, CON REGOLE CHE VARIANO IN FUNZIONE DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE DI APPARTENENZA.
- 10: AD ESEMPIO: CURE CON FARMACI, CURE FISIOTERICHE, TRATTAMENTI RIABILITATIVI, PSICOTERAPIA, DIALISI, EMOTRASFUSIONI, TERAPIE A BASE DI EMOderivati, TERAPIE RADIANTI, ECC.
- 11: OCCORRE INDICARE QUALSIASI ANALISI CLINICA, TRATTAMENTO FARMACOLOGICO O INTERVENTO CHIRURGICO A CUI DOVRA' SOTTOPORSI, ANCHE SE EFFETTUATO AMBULATORIALMENTE.
- 12: OLTRE A QUELLI SPECIFICAMENTE ELENCATI, INDICARE ALTRI EVENTUALI ESAMI QUALI, AD ESEMPIO: ELETTROCARDIOGRAMMI, ENDOSCOPIE, ESAMI ISTOLOGICI O CITOLOGICI, ESAMI IMMUNOLOGICI.
- 13: INDICARE EVENTUALI ASSICURAZIONI PRIVATE PER MALATTIA (RIMBORSO SPESE SANITARIE O DIARIA DA RICOVERO) O PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA, CESSATE ANTERIORMENTE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO. QUALORA ANNULLATE DAL PRECEDENTE ASSICURATORE, SPECIFICARNE QUANDO E PER QUALE MOTIVO (AD ESEMPIO PER SINISTRO).