



QUESTIONARIO SANITARIO

Cod. Agenzia _____ Contraente _____ n° d'ordine in polizza dell'Assicurando _____
Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la potestà.

SEZIONE A - Dati relativi all'Assicurando

Cognome e Nome dell'Assicurato _____ Data di nascita _____

Sesso: _____ Professione: _____

Via/Piazza: _____ n° _____ Cap: _____ Località: _____ Prov. _____ Telefono _____

Ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio? NO SI Società, garanzie ed importi assicurati _____

Ne ha avute in passato che siano state annullate? NO SI Società, garanzie assicurate, motivo dell'annullamento _____

SEZIONE B - Notizie sullo stato di salute dell'Assicurando

1. Peso _____ Altezza _____ Pressione arteriosa: Min: _____ Max: _____

2.1 Le è mai stata riconosciuta da una Società di assicurazione una invalidità permanente? NO SI Specificare: percentuale di invalidità, anno, infermità, Società _____

2.2 Fruisce di pensione di Invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI Specificare: causa, % di invalidità, anno, infermità, ente erogatore _____

2.3 E' stato giudicato invalido civile? NO SI Specificare: percentuale di invalidità, anno, infermità, ente erogatore _____

3. Ha minorazioni funzionali od imperfezioni fisiche diverse da: miopia, astigmatismo, presbiopia, ipermetropia? NO SI dell'udito degli arti altri: _____ Specificare: da quando e di che grado _____

4. Ha subito in passato traumi o infortuni che abbiano residuo postumi? NO SI del cranio degli organi di senso degli arti di altre localizzazioni: _____ Specificare: da quando e di che grado _____

5. E' stato mai dichiarato non idoneo al lavoro? NO SI Specificare: quando, motivo _____

6. PER DONNE
a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle? NO SI Quali? _____

b) è incinta? NO SI Mese di gravidanza _____

c) precedenti gravidanze che abbiano comportato aborti o parti con taglio cesareo?? NO SI Quante? _____ quanti aborti? _____ quanti parti cesarei? _____





<p>7.1 E' attualmente in terapia farmacologica continuativa da più di un mese? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>7.2 Soffre e/o è in trattamento per ipertensione arteriosa? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Specificare: quale, da quando e per quale motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Specificare: da quanto</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8.1 Ha mai subito interventi chirurgici diversi da: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>8.2 E' mai stato ricoverato in istituto di cura per altre cause diverse da parto senza taglio cesareo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Specificare: quale, da quando e per quale motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>quali? _____</p> <p>_____</p> <p>quando? _____</p> <p>_____</p>
<p>9. E' mai stato sottoposto a terapie radianti, ormonali, trattamenti con cellule staminali, emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Specificare: anno, tipo, durata, motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10.1 Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, PSA, PAP test, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>10.2 E' in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p><input type="checkbox"/> risonanza magnetica <input type="checkbox"/> ecografie <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> coronarografie <input type="checkbox"/> scintigrafie <input type="checkbox"/> radiografie <input type="checkbox"/> mammografie <input type="checkbox"/> biopsie <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PAP test <input type="checkbox"/> colonscopia <input type="checkbox"/> ECG al cicloergometro <input type="checkbox"/> altri: _____</p> <p>_____</p> <p>Fornire i referti degli accertamenti con esiti fuori dalla norma unitamente al presente questionario</p> <p>Quali? _____</p> <p>_____</p>
<p>11. Ha in programma ricoveri, day-hospital, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, cicli di terapia, farmacologia o fisico riabilitativa? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Specificare: quando, tipo, motivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>12.1 Ha sofferto o soffre di malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche, o terapie riabilitative? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>12.2 Nello specifico, ha sofferto o soffre attualmente di una delle malattie di seguito elencate? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Precisare anno di insorgenza, tipo, durata e terapie pratiche</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Precisare quale, anno di insorgenza, durata e terapie pratiche</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>APPARATO RESPIRATORIO: asma, enfisema, infezioni broncopulmonari ricorrenti, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali, sarcoidosi, brocopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)</p> <p>APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: infarto miocardio, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, ateriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti, coronaropatia, cardiomiopatie, aritmie</p> <p>APPARATO CEREBROVASCOLARE: Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale</p> <p>APPARATO DIGERENTE: ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare, esofago di Barret, pancreatite, morbo di Crohn, poliposi intestinale familiare</p> <p>APPARATO UROGENITALE: malattie infettive e infiammatorie del nefrone (glomerulonefrosi/glomerulonefrite, Malattia di Berger) calcolosi, insufficienza renale, ipertrofia prostatica, cisti dell'ovaio, fibroma uterino, varicocele, papillomi della vescica, stenosi delle vie urinarie, neoplasie alla cervice (CIN)</p> <p>MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO: spondilite anchilosante, artrite psoriasica, artrite reumatoide, connettivopatie, HIV e malattie correlate</p> <p>APPARATO OSTEOARTICOLARE: artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, alluce valgo, patologie non trattate con protesi</p> <p>MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, NEUROLOGICO O DELLA PSICHE: morbo di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, demenza, malattia di Alzheimer, psicosi, depressione, ansia, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA), malattia di Huntington, paralisi, paraplegia</p> <p>ENDOCRINO METABOLICHE: diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali o dell'ipofisi</p> <p>DEL SANGUE: anemia, leucemia, policitemia, piastrinopatie, linfomi</p> <p>DEL CONNETTIVO: connettivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo articolare</p> <p>DELL'OCCHIO: cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie virali, degenerazione maculare, aneurismi alla retina</p> <p>TUMORI MALIGNI E BENIGNI.</p>	



13. Ulteriori informazioni di carattere sanitario? NO SI _____

14. RISPOSTA NECESSARIA SOLO IN CASO DI INTERESSE ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA GARANZIA "MALATTIE GRAVI"

Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di:

- a) infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, diagnosticati prima dell'età di 60 anni? NO SI
- b) Morbo di Parkinson diagnosticato prima dei 50 anni? NO SI
- c) Malattia di Alzheimer diagnosticata prima dei 65 anni? NO SI
- d) Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o malattia dei motoneuroni diagnosticate in qualsiasi età? NO SI

A cura del medico curante dell'Assicurato:

DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A CURA DEL MEDICO CURANTE IN CASO DI ETÀ COMPRESA TRA 66 E 70 ANNI E INTERESSE ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA GARANZIA "MALATTIE GRAVI"

Ha delle osservazioni e/o informazioni aggiuntive relative all'anamnesi e stato di salute attuale dell'assicurato che ritiene rilevanti? NO SI

In caso affermativo si prega di fornire dettagli completi:

Il sottoscritto attesta di aver preso visione e di confermare la correttezza e la completezza dell'anamnesi raccolta tramite la compilazione del Questionario Sanitario fornito dal Cliente.

Timbro e Firma del medico _____ data _____

Dichiaro, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 CC, che le risposte fornite sono esatte e veritiere e me ne assumo la piena responsabilità, consapevole che potrebbero costituire la base della polizza di assicurazione Quisicura Salute, e quindi essere elementi fondamentali e necessari alla corretta valutazione del rischio da parte della Società.

Dichiaro di non aver taciuto alcuna notizia relativa alla mia salute, anche se non espressamente richiesta nel questionario. Dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dell'assicuratore stesso comunicate ad altre persone od enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Dichiaro di impegnarmi, qualora la Società o chi per essa ne faccia richiesta, a fornire ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.

Data _____ Firma dell'Assicurando o se minore di chi ne esercita la potestà _____

Con riferimento ai dati personali, compresi quelli relativi la salute, richiesti con il presente questionario, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03, La informiamo che saranno trattati, anche informaticamente, dalla nostra compagnia al solo scopo di valutare il rischio quindi di predisporre, ed eventualmente stipulare ed eseguire, la polizza da Lei richiesta; il mancato conferimento degli stessi, comporta l'impossibilità di realizzare le suddette finalità; gli stessi non saranno comunicati a terzi, fatta eccezione per possibili comunicazioni a consulenti medici fiduciari o a società autorizzate dalla compagnia per le finalità sopra descritte, o diffusi. A tal proposito, l'interessato gode dei diritti di legge, tra cui quello di ottenere dal titolare la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, e l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione degli stessi.

Per l'esercizio dei Suoi diritti (ex art. 7 D. Lgs 196/03), o per maggiori informazioni per quanto riguarda i soggetti ai quali i Suoi dati possono essere comunicati, Lei può rivolgersi a Groupama Assicurazioni S.p.A., indirizzando la sua richiesta al responsabile della Direzione Legale Societario.

La informiamo infine che il testo completo dell'informativa Privacy nonché i nominativi dei responsabili pro-tempore Groupama Assicurazioni S.p.A. sono disponibili sul sito www.groupama.it avvertenze legali.

Firma dell'Assicurando o se minore di chi ne esercita la potestà _____

