Groupama Assicurazioni

Groupama BenEssere InSalute

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 residuato 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?_____

7.1 E' attualmente in terapia farmacologica continuativa da più di un mese? NO ☐ SI ☐

Specificare: quale, da quando e per quale motivo

_____

_____

7.2 Soffre e/o è in trattamento per ipertensione arteriosa? NO ☐ SI ☐

Specificare: da quanto

_____

_____

8.1 Ha mai subito interventi chirurgici diversi da: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia? NO ☐ SI ☐

Specificare: quale, da quando e per quale motivo

_____

_____

8.2 E' mai stato ricoverato in istituto di cura per altre cause diverse da parto senza taglio cesareo? NO ☐ SI ☐

quali? _____

_____

quando? _____

_____

9. E' mai stato sottoposto a terapie radianti, ormonali, trattamenti con cellule staminali, emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati? NO ☐ SI ☐

Specificare: anno, tipo, durata, motivo

_____

_____

_____

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? NO ☐ SI ☐

☐ risonanza magnetica ☐ ecografie ☐ TAC ☐ coronarografie
☐ scintigrafie ☐ radiografie ☐ mammografie ☐ biopsie
☐ PSA ☐ PAP test ☐ colonscopia ☐ ECG al cicloergometro
☐ altri: _____

_____

Fornire i referti degli accertamenti con esiti fuori dalla norma unitamente al presente questionario

10.2 E' in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche? NO ☐ SI ☐

Quali? _____

_____

11. Ha in programma ricoveri, day-hospital, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, cicli di terapia, farmacologia o fisico riabilitativa? NO ☐ SI ☐

Specificare: quando, tipo, motivi

_____

_____

_____

12.1 Ha sofferto o soffre di malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche, o terapie riabilitative? NO ☐ SI ☐

Precisare anno di insorgenza, tipo, durata e terapie pratiche

_____

_____

12.2 Nello specifico, ha sofferto o soffre attualmente di una delle malattie di seguito elencate? NO ☐ SI ☐

Precisare quale, anno di insorgenza, durata e terapie pratiche

_____

_____

APPARATO RESPIRATORIO: asma, enfisema, infezioni broncopolmonari ricorrenti, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali, sarcoidosi, brocopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: infarto miocardio, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, ateriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti, coronaropatia, cardiomiopatie, aritmie
APPARATO CEREBROVASCOLARE: Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale
APPARATO DIGERENTE: ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare, esofago di Barret, pancreatite, morbo di Crohn, poliposi intestinale familiare
APPARATO UROGENITALE: malatttie 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)
MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO: spondilite anchilosante, artrite psoriasica, artrite reumatoide, connettivopatie, HIV e malattie correlate
APPARATO OSTEOARTICOLARE: artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, alluce valgo, patolotgie non trattate con protesi
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
ENDOCRINO METABOLICHE: diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali o dell'ipofisi
DEL SANGUE: anemia, leucemia, policitemia, piastrinopatie, linfomi
DEL CONNETTIVO: connetivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo artiolare
DELL'OCCHIO: cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie virali, degenerazione maculare, aneurismi alla retina
TUMORI MALIGNI E BENIGNI.

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'assicurando 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 Groupama BenEssere InSalute, 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.
Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 ("Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti). Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.
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 uteriori 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'intgrazione 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 nonchè 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 _____