



Assicurazioni

**QUESTIONARIO SANITARIO**

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. 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? _____



6.1 E' attualmente in terapia farmacologica continuativa da più di un mese?	NO	SI	Specificare: quale, da quando e per quale motivo _____ _____
6.2 Soffre e/o è in trattamento per ipertensione arteriosa?	NO	SI	Specificare: da quando _____ _____
7.1 Ha mai subito interventi chirurgici diversi da: appendicectomia, adenoidectomia tonsillectomia?	NO	SI	Specificare: quale, da quando e per quale motivo _____ _____
7.2 E' mai stato ricoverato in istituto di cura per altre cause diverse da parto senza taglio cesareo?	NO	SI	quali? _____ quando? _____
8. 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 _____ _____
9. Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici dai quali sia emersa qualche alterazione?	NO	SI	elettrocardiogramma esami del sangue biopsie radiografie anti-HIV T.A.C. altri: elettroencefalogramma HBsAg (epatite) eami urine Quale? _____
10. Ha in programma ricoveri, day-hospital, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, cicli di terapia farmacologia o fisico riabilitativa?	NO	SI	Specificare: quando, tipo, motivi _____ _____
11. 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 _____ _____
11.1 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 _____ _____
<p><b>APPARATO RESPIRATORIO:</b> asma, enfisema, infezioni bronco polmonari, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali.  <b>APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO:</b> infarto miocardio, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, arteriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti.  <b>APPARATO DIGERENTE:</b> ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare.  <b>APPARATO UROGENITALE:</b> malattie infettive e infiammatorie del nefrone, calcolosi, insufficienza renale, ipertrofia della prostata, cisti dell'ovaio, fibroma uterino, varicocele.  <b>APPARATO OSTEOARTICOLARE:</b> artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, alluce valgo, patologie non trattate con protesi.  <b>SISTEMA NERVOSO:</b> morbo di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, demenza (m. di Alzheimer), SLA.  <b>ENDOCRINO METABOLICHE:</b> diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali.  <b>DEL SANGUE:</b> anemia, leucemia.  <b>DEL CONNETTIVO:</b> connettivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo articolare.  <b>DELL'OCCHIO:</b> cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie vitrali.  <b>TUMORI MALIGNI E BENIGNI</b></p>			
12. Ulteriori informazioni di carattere sanitario?	NO	SI	_____ _____

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 xxxxxxxxxx, 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](http://www.groupama.it) avvertenze legali.

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