

QUESTIONARIO SANITARIO

INTERMEDIARIO		
DATI ASSICURANDO	Nome e Cognome	
	Data di nascita	
	Professione	

NOTIZIE SULL'ASSICURANDO**1. Stato di salute:**

1.1 Peso: kg _____ Altezza: cm _____

1.2 Pressione arteriosa (indicare minima e massima): Minima _____ Massima _____

1.3 Fumo (indicare n. di sigarette al giorno): _____

1.4 Ha ricevuto o richiesto prestazioni assicurative per intervenuta invalidità? NO SI Se sì, specificare quali _____

_____1.5 Ha sofferto o soffre di malattie, dipendenze (ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) o ha subito infortuni? NO SI

Se sì, indicare:

a) quando _____
_____b) quali _____
_____c) per infortuni, indicare la sede della lesione e i postumi residuati _____
_____1.6 È stato ricoverato in Istituto di cura? NO SI

Se sì, indicare:

a) quando _____

b) la diagnosi accertata _____

c) eventuali interventi chirurgici _____

d) se per aborto, specificare se terapeutico o spontaneo _____

1.7 Negli ultimi 2 anni ha eseguito:a) Accertamenti diagnostici (ad es. radiologici, elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi, ...)? NO SI Se sì, quando e quali? _____

b) Esami (come ad esempio esami immunologici, test HIV...)? NO SI
 Se sì, quando e quali? _____

c) Visite mediche specialistiche? NO SI
 Se sì, quando e quali? _____

d) Trattamenti terapeutici? NO SI
 Se sì, da quando e quali? _____

e) Altro? NO SI
 Se sì, da quando e quali? _____

Sono stati registrati risultati fuori dai valori normali? NO SI
Se sì, allegare la relativa documentazione medica.

1.8 Attualmente:

a) soffre di difetti fisici o malformazioni (ad esempio deficit della vista, dell'udito, alluce valgo, ecc.)? NO SI
 Se sì, da quando e quali? _____

In caso di deficit della vista, specificare le diottrie mancanti: OD _____ OS _____

b) è portatore di protesi (escluse quelle dentarie)? NO SI
 Se sì, da quando e quali? _____

1.9 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la sua abituale attività lavorativa per oltre 4 settimane consecutive? NO SI

Se Sì, per quali malattie? _____

2. Malattie di cui ha sofferto o soffre attualmente

2.1 Malattie infettive o parassitarie? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.2 Malattie osteoarticolari? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

Preventivo/Polizza N° _____

- 2.3 Malattie dell'apparato respiratorio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.4 Malattie dell'apparato cardio circolatorio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.5 Malattie del sangue? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.6 Malattie dell'apparato digerente? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.7 Malattie dell'apparato urinario? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.8 Malattie del sistema endocrino? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.9 Malattie del sistema nervoso? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.10 Malattie degli organi di senso? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.11 Malattie del fegato? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.12 Malattie del pancreas? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.13 Malattie del connettivo? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.14 Malattie del ricambio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.15 Malattie da ipersensibilità? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.16 Neoplasie? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____
- 2.17 Altro? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

3. Precedenti assicurativi

- 3.1 Ha in corso o ha avuto altre polizze malattie o infortuni? NO SI
 Se Sì, indicare scadenza, tipo di garanzia e compagnia assicuratrice _____

Se non sono più in corso, precisare i motivi dell'annullamento _____

NOTIZIE SUI FAMILIARI**4. Si sono verificati nella sua famiglia (genitori, fratelli, sorelle) casi di:**

4.1 Ipertensione arteriosa? NO SI

4.2 Diabete? NO SI

4.3 Padre: Età _____ Vivente? NO SI

Se deceduto indicare la causa del decesso _____

4.4 Madre: Età _____ Vivente? NO SI

Se deceduta indicare la causa del decesso _____

AVVERTENZE

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando si impegna a fornire, a richiesta di Allianz Viva o chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie a una corretta valutazione del rischio.

L'Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici nonché gli Enti e Istituti pubblici o privati in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sulle sue condizioni di salute ad Allianz Viva e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi con riferimento al presente contratto.

Le dichiarazioni contenute in questo documento saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.

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

L'Assicurando, inoltre dichiara, di essere consapevole che l'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze di malattie (presunte o accertate), infortuni, difetti fisici, malformazioni e stati patologici conosciuti o sottaciuti ad Allianz Viva alla data di sottoscrizione della Polizza:

Preventivo/Polizza N° _____

2. infortuni occorsi prima della sottoscrizione della Polizza, nonché loro complicanze e conseguenze dirette e indirette, nonché i relativi postumi.

L'Assicurando dichiara di essere consapevole che non sono assicurabili:

le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e sindromi ad essa correlate.

La sopravvenienza in corso di contratto delle predette situazioni a carico dell'Assicurando costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'Assicurazione con effetto immediato.

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

Data e Luogo
