

Allegato n° _____
Polizza N. _____ - Ramo ____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e nome _____ Sesso ____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita _____ Provincia di residenza: _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. Ha in corso, o ne ha avute precedentemente, altre polizze per assicurazione malattia, fortunic, vita, malattie gravi con Società di assicurazione diverse da Vera Assicurazioni?

SI NO

Con quale Società di assicurazione?

2. Peso kg:
Altezza cm:

Pressione arteriosa - massima mmhg / minima mmhg

3. Fuma abitualmente?

SI NO

4. E' mai stato ricoverato/Ha mai sofferto di malattie dovute all'assunzione di alcool?

SI NO

5.1. Negli ultimi 3 anni è mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, anche in regime di Day Hospital o Day Surgery, per malattie e/o interventi chirurgici diversi da: parto naturale o parto cesareo, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, faringiti, ernie inguinali, emorroidi, congiuntiviti, malattie esantematiche (morbillo, varicella....) lesioni meniscali, rimozione cisti, cataratta, tunnel carale, alluce valgo, ginecomissione, ritenzione del testicolo, polipi nasali?

SI NO

5.2. E' mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali per parto cesareo?

SI NO



6. Ha sofferto o soffre delle seguenti malattie?

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| • infettive: | | | • dell'apparato digerente: | | |
| - HIV | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - ulcera gastroduodenale | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Meningite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - coliti ulcerose | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Osteomieliti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - morbo di Chron | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| • dell'apparato respiratorio: | | | - epatiti virali | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Asma cronica in trattamento
farmacologico continuativo | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - cirrosi epatica | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Bronchite e/o polmonite croniche | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - pancreatite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Enfisema | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - calcolosi biliare | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - TBC | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie del fegato | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| • dell'apparato cardiocircolatorio e del
sangue: | | | • malattie del rene e delle vie urinarie: | | |
| - Flebite e/o varici | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - nefrite | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Cardiopatia ischemica o
aritmica o valvolare | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - calcolosi | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Anemia mediterranea,
perniciosa, falciforme | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - insufficienza renale cronica | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Ipertensione arteriosa complicata
da danno d'organo (cardiopatia,
nefropatia, retinopatia,
vasculopatia cerebrale) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | • altre malattie: | | |
| - Arteriopatie | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - tumori maligni | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Coagulopatie | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - tumori benigni | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| • del sistema nervoso centrale e psiche: | | | - diabete trattato con insulina | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Epilessia o forme simil-epiletiche | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - dislipidemia (ipercolesterolemia,
ipertrigliceridemia, altri)
con valori costantemente superiori
alla norma nonostante la terapia
farmacologica continuativa | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - Morbo di Parkinson | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - esiti di traumi | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - patologie psichiatriche (psicosi,
nevrosi, disturbi della personalità,
sindrome ansioso-depressiva,
sindrome maniaco-depressiva) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie reumatiche e connettiviti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - ictus e altri accidenti cerebro -
vascolari | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie dell'apparato endocrino
(ipofisi, tiroide, paratiroide, surrene,
gonadi) | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - sclerosi multipla o altre malattie
demielinizzanti | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | - malattie della retina
glaucoma | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | |
| - vertigini | NO <input type="checkbox"/> / SI <input type="checkbox"/> | | | | |

7. E' stato riconosciuto o ha in corso domande per il riconoscimento di invalidità civile o invalidità pensionabile?

SI NO

8. Soffre o ha sofferto di patologie conseguenti a infezioni di COVID19?

SI NO

9. E' esposto ad attività lavorative ad elevato rischio (quali: lavori ad altezze, subacquei, sotterranei, con esplosivi, a contatto di sostanze tossiche o carcinogene o radiazioni)?

SI NO

10. Ad un suo parente di primo grado prima di raggiungere i 60 anni è stato diagnosticato, oppure è deceduto a causa di: cancro, infarto miocardico, ictus, diabete, malattia renale, morbo di Parkinson, demenza, morbo di Alzheimer?

SI NO



11. E' in procinto di consultare un medico o di sottoporsi ad una terapia oppure Le sono stati prescritti esami di laboratorio o strumentali (ad esempio: ecg, esami del sangue, risonanza magnetica RMN, tomografia assiale computerizzata TAC, biopsia) che è in attesa di effettuare o di cui è in attesa di conoscere i risultati, a causa di:
- Malattie cardiovascolari
 - Diabete
 - Malattie renali
 - Malattie del sistema nervoso
 - Malattie oncologiche (Tumori)?
- SI NO
12. Negli ultimi 10 anni le è stata diagnosticata da parte del medico curante o di un medico specialista una Malattia Oncologica (Tumore) o si è comunque sottoposto a terapie continuative o cicli ripetuti oppure ha subito interventi chirurgici a causa di Malattie Oncologiche (Tumori)?
- SI NO
13. Negli ultimi 5 anni le sono stati prescritti dal medico curante o da un medico specialista esami di laboratorio o strumentali (ad esempio: ecg, esami del sangue, risonanza magnetica RMN, tomografia assiale computerizzata TAC, biopsia)?
- SI NO
14. A seguito degli esami di laboratorio o strumentali che ha effettuato, il medico curante o il medico specialista le ha diagnosticato o le ha prescritto terapie in relazione a:
- Malattie cardiovascolari
 - Diabete
 - Malattie renali
 - Malattie del sistema nervoso?
- SI NO

L'assicurando dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha tacito, omissso, od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.

L'assicurato inoltre:

- riconosce che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.
- s'impegna a fornire, a richiesta della Società o di chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.
- si impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie all'accertamento del sinistro, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengano indispensabili alla gestione del sinistro.
- dichiara di essere stato informato e di aver rilasciato il consenso previsto dalla vigente normativa sui dati personali e sensibili.

Data _____

FIRMA ASSICURATO _____



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO