

QUESTIONARIO ANAMNESTICO
Ina Assitalia n. 10000390606– Fondazione Enasarco
Adesione volontaria alla copertura Grandi Interventi Chirurgici

Cognome e Nome: _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo e data di nascita: _____	C. F. _____

E' nell'interesse dell'Assicurando/a non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Questionario sanitario (barrare SI' o NO)		
1. Si sono verificati nella Sua famiglia: tumori maligni, gotta, diabete, alcoolismo, tossicodipendenza, suicidio, epilessia o altre malattie nervose e mentali? Se SI', indicare grado di parentela, epoca, durata e conseguenze	SI	NO

2. Ha sofferto o attualmente soffre di malattie, alterazioni o menomazioni fisiche tali da alterare il normale buono stato di salute? Se SI', precisare quali, epoca e durata	SI	NO

3. Ha sofferto di malattie di rilievo o subito infortuni? Se SI', indicare quando e per quali malattie o infortuni	SI	NO

4. E' stato ricoverato in ospedali o case di cura? Se SI', indicare quando e per quali malattie o infortuni	SI	NO

5. Ha subito interventi chirurgici? Se SI', indicare quali e quando	SI	NO

6. Negli ultimi 5 anni ha praticato accertamenti diagnostici (elettrocardiogramma, misurazione pressione arteriosa, radiografie, elettroencefalogramma, esami del sangue e delle urine, test HIV, ricerca antigene AU)? Se SI', specificare accertamenti praticati, epoca ed esito	SI	NO

7. Quale è il Suo peso? Kg _____ Quale è la Sua altezza? Cm _____		
8. Chi è il Suo medico curante o abituale (precisare nominativo e indirizzo)?		

9. Ha consultato altri medici negli ultimi 5 anni? Se SI', indicare quali, quando e per quali motivi	SI	NO

Il sottoscritto dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e tutte le persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali Assitalia credesse di rivolgersi, acconsentendo che tali informazioni siano comunicate ad altre persone od enti limitatamente alle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative. L'Assicurando acconsente inoltre al trattamento di tutti i dati personali, sia comuni che sensibili (Dlgs 196/03).

Data: _____ Firma dell'Assicurando/a _____

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C. , il sottoscritto dichiara di non essere stato affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV e dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici o da sindrome organico cerebrali.

Data: _____ Firma dell'Assicurando/a _____