

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO (Il presente questionario va redatto personalmente dall'Assicurando)**

1° Assicurando

Nome

Cognome

**Notizie di carattere generale**

E' stato dichiarato abile al servizio militare?  SI  NO Età \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_  
Se NO per quali motivi? \_\_\_\_\_

Fa o ha fatto uso abitualmente di:

• bevande alcoliche  SI  NO Se SI in che quantità giornaliera? \_\_\_\_\_

• sostanze stupefacenti  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

• farmaci  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

Fuma?  SI  NO Se SI da quanto tempo ed in che quantità giornaliera? \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni sullo stato di salute**

1. Gode attualmente di buona salute?  SI  NO Se NO, quali disturbi accusa? \_\_\_\_\_

2. Ha imperfezioni fisiche o funzionali?  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

3. Fa uso di lenti correttive del visus?  SI  NO Se SI per quali diottrie? \_\_\_\_\_

4. Negli ultimi tre anni ha consultato medici?  SI  NO Se SI quando e per quali motivi? \_\_\_\_\_

5. Ha effettuato esami (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri)?  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

quando? (mese ed anno) \_\_\_\_\_ per quali motivi? \_\_\_\_\_

Con quali risultati? \_\_\_\_\_

6. E' stato in cura per ipertensione? (pressione alta)  SI  NO

7. Ha subito negli ultimi 5 anni trasfusioni o terapie con emoderivati?  SI  NO

8. E' stato ricoverato in ospedale, case di cura, sanatori?  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

Quando? (mese ed anno) \_\_\_\_\_ Per quali malattie od infortuni? \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici o lesioni traumatiche?  SI  NO Se SI quali? \_\_\_\_\_

quando? \_\_\_\_\_

Con quali postumi? \_\_\_\_\_

9. Ha fatto applicazioni di radium, raggi X, cobalto?  SI  NO Se SI quando? (mese ed anno) \_\_\_\_\_

Per quali motivi? \_\_\_\_\_

10. Ha sofferto o soffre di malattie?  SI  NO Se SI indicare quali, l'epoca e la durata \_\_\_\_\_

11. Percepisce una pensione di invalidità?  SI  NO Se SI, indichi la causa e la percentuale dell'invalidità riconosciuta \_\_\_\_\_

12. Domande speciali per le donne:

• E' in stato di gravidanza?  SI  NO Se SI, di quanti mesi? \_\_\_\_\_

• Ha avuto aborti?  SI  NO Se SI, quanti e per quali motivi? \_\_\_\_\_

13. Chi è il suo medico abituale? (nominativo ed indirizzo) \_\_\_\_\_

**Altre dichiarazioni**

• Ha altre assicurazioni in corso per lo stesso rischio?  SI  NO Se SI, indicare Compagnia e somme assicurate \_\_\_\_\_

Ha avuto altre assicurazioni per lo stesso rischio stornate per sinistro negli ultimi tre anni?  SI  NO

Se SI, indicare Compagnia e date di annullamento \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto Assicurando è consapevole che il presente questionario formerà parte integrante dell'emittenda polizza di assicurazione e che le notizie sopra fornite sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e dovranno servire di base al contratto. Il sottoscritto dichiara pertanto, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere; acconsente a sottoporsi ad eventuali accertamenti qualora richiesti dalla Compagnia, sciogliendo fin d'ora dal segreto professionale i medici che dovessero visitarlo od averlo in cura.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell' Assicurando  
o del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_