

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Associando o, se minore, dalla persona esercente la potestà'.

SEZIONE A - DATI RELATIVI ALL'ASSOCIANDO

Cognome e nome dell'associato:		
Via/Piazza:	N°:	Cap:
Località:	Provincia:	Telefono:
Data di nascita:	Peso:	Altezza:
Pressione arteriosa:MIN:	MAX:	
Attività lavorativa principale (e secondaria):		

SEZIONE B - NOTIZIE SUI FAMILIARI DELL'ASSOCIANDO

Viventi	Eventuali patologie in atto	Deceduti	Eta' decesso	Causa decesso
Padre:		Padre:		
Madre:		Madre:		
Fratelli/Sorelle n°:		Fratelli/Sorelle n°:		
Figli n°:		Figli n°:		

SEZIONE C - NOTIZIE SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Le e' mai stata riconosciuta da Societa' di assicurazione una invalidita' permanente o una Inabilita' temporanea? - sulla base della polizza infortuni - a titolo di responsabilita' civile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quando e perche': _____ _____ _____ _____ _____
2. Fruisce di pensione di Invalidita' o ha presentato domanda per ottenerla? 2.1 Gode della qualifica di invalido civile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattie professionali <input type="checkbox"/> altro Specificare: (percentuale di invalidita', anno, infermita', ente erogante) _____ _____ _____
3. Ha in corso altre polizze per assicurazione malattia, infortunio o vita? Con quale societa' di assicurazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____ _____ _____

segue SEZIONE C

<p>3.1 Ne ha avute precedentemente? Con quale Società di assicurazione? Per quale motivo sono state annullate?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.2 E' mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali da parte di un'altra società di assicurazione una sua richiesta di polizza malattia, infortunio o vita?</p>		Perche': <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

SEZIONE D - NOTIZIE GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSCIANDO

<p>1. Soffre o ha sofferto in passato di malattie che abbiano comportato unricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)?</p> <p>a) Se si, quali e quando? b) Con degenza superiore a 8 giorni? c) Con postumi clinici permanenti?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>2. Ha subito in passato infortunui che abbiano causato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)?</p> <p>a) Se si quali e quando? b) Con degenza superiore a 8 giorni? c) Con postumi clinici permanenti?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>3. Assume farmaci a scopo terapeutico in modo continuativo?</p> <p>a) Se si, quale/i e per quale motivo?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<hr/> <hr/>
<p>4. Ha effettuato negli ultimi 3 anni accertamenti diagnostici che abbiano dato risultato patologico?</p> <p>a) Se si, quali? b) Con quale esito?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<hr/> <hr/>

SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DEL'ASSOCIANDO

<p>1. Negli ultimi 3 anni ha sofferto di malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche ed assenza dal lavoro per un periodo complessivo superiore a 3 mesi o per singoli periodi continuativi superiori a 15 giorni?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se SI specificare la causa: <hr/> <hr/> <hr/>
---	---	--

segue SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSOCIANDO

2. Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?		Quando	Perche'	Esito
Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Radiografie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Esami del Sangue	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Anti - HIV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
HBsAg (Epatite)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Esami urine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
Altri	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
3. E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare: (anno, tipo, durata, motivo) _____		
4. E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo _____		
5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali, da quando e di che grado della vista: <input type="checkbox"/> miopia _____ <input type="checkbox"/> astigmatismo _____ <input type="checkbox"/> altri _____ <input type="checkbox"/> dell'udito _____ <input type="checkbox"/> degli arti _____ <input type="checkbox"/> altri _____		
6. Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali e da quando <input type="checkbox"/> del cranio <input type="checkbox"/> degli organi di senso <input type="checkbox"/> degli arti <input type="checkbox"/> di altre localizzazioni		
7. Fa uso:				
a) di tabacco?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quanto e da quando? _____		
b) di alcolici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quanto e da quando? _____		

segue E.1

8. Hai mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	tipo di sostanza assunta e da quanto tempo: _____ _____
9. PER UOMINI: E' stato riformato alla visita per il servizio militare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	motivo: _____ _____
10. PER DONNE: a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	quali? _____ _____
b) e' incinta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	mese di gravidanza _____
c) precedenti gravidanze	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	quante? _____ <input type="checkbox"/> aborti quanti?____ <input type="checkbox"/> parti cesari quanti?____ <input type="checkbox"/> aborti quanti?____ <input type="checkbox"/> figli quanti?____

SEZIONE E.2

1. Ha sofferto o soffre di malattie:		
a) infettive?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	quando, tipo e durata: _____ _____
b) dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronchite <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> pleurite <input type="checkbox"/> tbc <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
c) dell'apparato cardiocircolatorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> valvulopatie <input type="checkbox"/> angina pectoris <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/> altre malattie
		precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
d) dell'apparato digerente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ulcera gastrudenale <input type="checkbox"/> colite ulcerosa <input type="checkbox"/> epatite virale <input type="checkbox"/> cirrosi epatica <input type="checkbox"/> emorroidi <input type="checkbox"/> calcolosi biliare <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie
		precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
e) dell'apparato urogenitale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> nefriti <input type="checkbox"/> calcolosi <input type="checkbox"/> insufficienza renale <input type="checkbox"/> utero <input type="checkbox"/> ovaio <input type="checkbox"/> prostata <input type="checkbox"/> tumori
		precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____

segue E.2

f) dell'apparato osteoarticolare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> artriti <input type="checkbox"/> artrosi <input type="checkbox"/> ernia disco <input type="checkbox"/> gotta <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza durata e la sede: _____ _____
g) del sistema nervoso o della psiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> morbo di parkinson <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> epilessia <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
h) del sistema endocrino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> della tiroide <input type="checkbox"/> del surrene <input type="checkbox"/> di altre ghiandole <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
i) metaboliche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> dislipidemia <input type="checkbox"/> iperuricemia <input type="checkbox"/> altre malattie precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
l) del sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> anemie <input type="checkbox"/> leucemie <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
m) del connettivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> sclerodermia <input type="checkbox"/> lupus eritematoso sistemico (LES) <input type="checkbox"/> connettivite mista <input type="checkbox"/> poliarterite nodosa <input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e la durata: _____ _____
n) della pelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
o) ernie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
p) altre malattie o disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
2. ULTERIORI CONSIDERAZIONI _____ _____		

L'associando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'associando inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'impresa;
- proscioglie dal segreto professionale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le altre persone alle quali l'impresa credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni;
- si impegna altresì a fornire, a richiesta dell'impresa o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio;
- dichiara di aver ricevuto l'Informativa sulla Privacy e di avere espresso il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per finalità assicurative.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

FIRMA DELL'ASSOCIANDO O, SE MINORE,
FIRMA DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA'

Data, _____
