

Barrare tutte le caselle anche in caso di risposta negativa. In caso di risposta affermativa completare tutti i campi richiesti.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (A)

DATI DEL CONTRAENTE

Convenzione n.: _____
Denominazione sociale del Contraente: _____

BENEFICIARI in caso di morte :

- gli eredi legittimi in parti uguali
 il coniuge al verificarsi dell'evento e in difetto i figli
 altri (specificare) _____

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome dell'Assicurato _____
Data di nascita _____
Codice fiscale _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. L'Assicurando attualmente fruisce di una pensione di invalidità? SI NO
Se si : _____
Grado _____
Civile INPDAI INPS INAIL ALTRO _____
per quale motivo? _____
Ha in corso pratiche per il riconoscimento di pensione / assegno di invalidità / inabilità? SI NO
Se si, ente interessato _____
2. L'Assicurando, nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es.: contatti con: materie venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI NO
Se si quale? _____
3. L'Assicurando pratica sports? SI NO
Se si quali? _____
Come professionista o dilettante ?
4. L'Assicurando ha mai fatto uso di:
• Sostanze stupefacenti? SI NO Se si quali? _____ Quantità giornaliera? _____
• Alcolici? SI NO Se si quali? _____ Quantità giornaliera? _____
• Tabacco? SI NO Se si quali? _____ Quantità giornaliera? _____
5. Altezza cm. _____ Peso Kg. _____ Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi? SI NO
6. UOMO: è stato dichiarato idoneo al servizio militare? SI NO
Se no, per quale motivo? _____
7. DONNA: è ora incinta? SI NO Se si, di quanti mesi? _____
Gravidanze n° _____ Parti n° _____ di cui cesarei n° _____ Aborti n° _____
Se ha avuto parti, quando l'ultimo? __/__/__

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO

1. Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni
- Casi di gravi malattie cardiocircolatorie? SI NO
Se si quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Ipertensione? SI NO
Se si indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Casi di grave diabete? SI NO
Se si indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Insufficienza renale? SI NO
Se si indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Casi di Tumori maligni? SI NO
Se si a cosa? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Casi di Malattie nervose o mentali? SI NO
Se si quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Altre malattie a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)? SI NO
Se si quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

2. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in Case di cura ospedali sanatori per malattie e/o interventi chirurgici?
Se sì, per quali cause?

SI	NO
----	----

Dove? _____
Quando? _____
Per quanto tempo? _____

3. Specificare eventuali terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

4. Specificare se attualmente terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

		Data	Motivo	Risultato
a) Esami del sangue	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
b) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
c) Esami delle urine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
d) Radiografie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
e) Encefalogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
f) Test HIV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie gravi a carico di

Apparati	Data	Patologie
<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato digerente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema urogenitale	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato osteo-articolare	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema endocrino	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie del sangue	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema nervoso	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato riproduttivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema endocrino	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'udito o della vista	_____	_____

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite - anche se materialmente scritte da altri - sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile); dichiaro inoltre di dare consenso all'assicurazione sulla vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile in base alle Condizioni previste dalla Convenzione - IDEALMUTUA Società di Mutuo Soccorso.

Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, poiché le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita da stipulare.

Prendo inoltre atto che il beneficio delle prestazioni spetta agli aventi diritto ai sensi di quanto disciplinato in Convenzione.

luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ preso atto dell'informativa (di seguito riportata) relativa al trattamento dei dati personali, esprime il proprio consenso, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO