

QUESTIONARIO ANAMNESTICO RELATIVO ALLO STATO DI SALUTE
Mod. 54IM ed 05/2016

Il soggetto è tenuto ad indicare tutte le terapie attualmente in corso, le patologie in atto, le terapie (farmacologiche, chirurgiche, fisiochinesiterapiche) attualmente in corso e tutte le patologie sofferte nel passato, anche se totalmente guarite, e le terapie (farmacologiche, chirurgiche, fisiochinesiterapiche) poste in atto nel passato.

Devono essere dichiarate anche patologie e/o infortuni che potrebbero essere già a conoscenza di SARA assicurazioni a causa di precedenti coperture assicurative e/o sinistri.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt 1892, 1893 e 1894 del c.c.

Cognome e nome: _____
 Luogo e data di nascita: _____
 Professione: _____
 Sesso: M _____ F _____

Misure somatiche: altezza (cm) _ _ _ peso (kg) _ _ _

Sta praticando trattamenti farmacologici? SI _____ NO _____
 Per quali patologie? _____

E' fumatore? SI _____ NO _____
 Quanto e da quando? _____

E' bevitore di alcolici? SI _____ NO _____
 Quanto e da quando? _____

Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti? SI _____ NO _____
 Quali e per quanto tempo? _____

Ha praticato negli ultimi 5 anni o pratica attualmente terapie continuative o a cicli ripetuti?
 (ad esempio: cure con farmaci, dialisi, emotrasfusioni, fisioterapia, etc...) SI _____ NO _____
 Quali, quando e con che frequenza? _____

Ha mai eseguito esami clinici (ad. es.: esami del sangue, radiologici, TAC, RMN, visite specialistiche)
 da cui si siano evidenziati valori o risultati fuori dalla norma? SI _____ NO _____

Tipo di esame _____ Anno _____ Risultato _____

Tipo di esame _____ Anno _____ Risultato _____

Tipo di esame _____ Anno _____ Risultato _____

Ha mai subito ricoveri ospedalieri (con o senza intervento chirurgico), con degenza notturna o in day hospital - compresi parti? SI _____ NO _____

Anno _____ Motivazione _____

Anno _____ Motivazione _____

Anno _____ Motivazione _____

E' affetto da malformazioni congenite e/o da difetti fisici? SI ____ NO ____
Quali? _____

Ha subito infortuni? SI ____ NO ____

Anno _____ Diagnosi _____

Anno _____ Diagnosi _____

Anno _____ Diagnosi _____

Ha sofferto o soffre di malattie? SI ____ NO ____

Malattie dell'apparato loco-motore o osteo-articolare _____

Malattie dell'apparato cardio-vascolare _____

Malattie dell'apparato gastro-enterico _____

Malattie dell'apparato respiratorio _____

Malattie neurologiche o psichiatriche _____

Malattie endocrine o metaboliche _____

Malattie dell'apparato uro-genitale _____

Malattie dell'apparato digerente _____

Malattie tumorali o del sangue _____

Altre malattie _____

Utilizzo di protesi o mezzi di correzione SI ____ NO ____

Occhiali, lenti a contatto _____

Protesi acustiche _____

Data _____

Firma _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D.lgs 30/06/2003 n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo

Consenso al trattamento dei dati : firma _____