

Allegato C - Questionario Anamnestico

# Libera Mente

**PROPOSTA**

Numero di proposta \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DELL'ASSICURATO \_\_\_\_\_

Mod. LMQN02 Ed. 05/2012

1.	<b>Attualmente fuma o ha fumato sigarette, pipa, sigari anche sporadicamente negli ultimi 24 mesi? *</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	<b>Indichi la sua altezza (cm ) ed il suo peso (Kg ). E' dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	<b>Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una o più delle seguenti malattie negli ultimi 10 anni:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infarto, angina pectoris, valvulopatie, ipertensione o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio?</li> <li>• Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), aneurismi, emorragie cerebrali o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?</li> <li>• Diabete, ipercolesterolemia, alterazioni tiroidee o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?</li> <li>• Epatite, pancreatite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?</li> <li>• Artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche?</li> <li>• Anemie, emorragie o altre malattie del sangue?</li> <li>• Sclerosi multipla, paralisi, epilessia, nevrosi o altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?</li> <li>• Ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (proteine nelle urine), papillomi vescicali, prostatiti, o altre malattie dell'apparato genitourinario?</li> <li>• Bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio?</li> <li>• Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?</li> <li>• Malattie dell'apparato muscoloscheletrico?</li> </ul>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	<b>Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per Cancro, qualsiasi tipo di tumore anche benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, malattia di Hodgkin ecc.?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	<b>Attualmente e' in attesa di effettuare, o di ricevere esiti relativi a, esami diagnostiche o visite specialistiche oppure è in attesa di ricovero?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	<b>Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, scintigrafia, radiografie, ECG al cicloergometro, biopsie, mammografia ) che abbiano dato esito fuori dalla norma?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.	<b>È titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per ottenerla?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.	<b>Soffre o ha sofferto negli ultimi 12 mesi di malattie per cui e' stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9.	<b>Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10.	<b>Pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai), speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci ?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11.	<b>Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12.	<b>Effettua viaggi abituali o ricorrenti in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13.	<b>Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (es. alta tensione, radiazioni, gas, acidi, armi, sostanze velenose, lavori sotterranei, subacquee, su impalcature e tetti, ponti ecc.)?</b>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fornire una specifica quanto più dettagliata per ciascuna delle domande per cui è stata fornita la risposta "Sì":

Luogo	Data	Firma del Contraente (Assicurato) x
-------	------	--



**\*Per aver diritto alla tariffa Non-fumatori, è necessario firmare la seguente Dichiarazione aggiuntiva per assicurati Non-Fumatori:**

Il sottoscritto Contraente (Assicurato) dichiara:

- che l'Assicurato non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa), neanche sporadicamente nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico;
- che pertanto sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione del premio riservata al caso di assicurati non-fumatori;
- che qualora l'assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante Raccomandata.

Il sottoscritto Contraente (Assicurato) dichiara inoltre di essere consapevole:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- che, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la polizza potrebbe essere annullata o il capitale assicurato potrebbe essere ridotto in caso di sinistro.

Luogo	Data	Firma del Contraente (Assicurato) x
-------	------	--