

Allianz S. p. A.

QUESTIONARIO SANITARIO

Contraente dipendente Sig.....
cognome nome

Familiare Assicurato Sig.....
cognome nome

.....
data di nascita Grado di parentela.....

1) Soffre o ha sofferto in passato di disturbi e/o malattie?
In caso affermativo, precisare quali, la diagnosi e l'epoca.

2) E' stato mai sottoposto a trasfusioni di sangue e/o emoderivati?
In caso affermativo, precisare i motivi e l'epoca.

3) E' stato vittima di infortuni (sul lavoro, dovuti a incidenti stradali e/o sportivi), lesioni per causa bellica, intossicazioni o malattie professionali?
In caso affermativo, indicare diagnosi, epoca, sede della lesione ed eventuali esiti.

4) Soffre attualmente o ha sofferto di recente di: mal di testa, vertigini, ronzii agli orecchi, insonnia, tosse (con ispettorato mucoso, purulento, misto a sangue, senza ispettorato), affanno, dolori al torace, dolori (punture, crampi) al cuore, palpitazioni cardiache, mancanza di appetito, aumento della sete, nausea, vomito, bruciori allo stomaco, senso di peso o sonnolenza dopo i pasti, dolori addominali, stitichezza, diarrea, bruciori o dolori nell'orinare, presenza di zucchero o albumina nell'orina, dolori articolari (in caso affermativo quali articolazioni), crampi muscolari, ingrossamenti linfoghiandolari, altri disturbi o sintomi?
In caso affermativo, precisare quali.

5) Ha mai avuto la pressione arteriosa "alta"?
In caso affermativo, precisare:
I valori rilevati
Quando?
Quali cure ha fatto?
Per quanto tempo e con quale esito?

6) Si è sottoposto qualche volta ad esami specialistici (elettrocardiogramma, radiografia, esami del sangue, metabolismo basale,

elettroencefalogramma, ecc.)?
In caso affermativo, precisare: quali esami?
Quando? Per quali motivi? Con quale esito?

7) E' stato mai ricoverato in ospedali, cliniche (sia pubbliche che private), sanatori o stabilimenti termali?
In caso affermativo, precisare dove, quando, per quali motivi, per quanto tempo e con quale risultato

8) Chi è il Suo medico curante? Quando l'ha consultato per l'ultima volta? Per quali motivi? Con quale esito?

9) Ha assunto o le sono stati prescritti dei medicinali nel corso degli ultimi 36 mesi?
In caso affermativo, precisare quali e il motivo.

10) Ha effettuato negli ultimi 36 mesi o sta effettuando terapie?
In caso affermativo, precisare quali e il motivo.

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

- 1) riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa;
- 2) 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;
- 3) 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.

L'ASSICURANDO

Data.....

Firma.....