

QUESTIONARIO SANITARIO

Cod. Agenzia _____ Contraente _____ n° d'ordine in polizza dell'Assicurando _____

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

SEZIONE A - Dati relativi all'Assicurando

Cognome e Nome dell'Assicurato _____ Data di nascita _____

Sesso: _____ Professione: _____

Via/Piazza: _____ n° _____ Cap: _____ Località: _____ Prov. _____ Telefono _____

Ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio? NO SI Società, garanzie ed importi assicurati _____

Ne ha avute in passato che siano state annullate? NO SI Società, garanzie assicurate, motivo dell'annullamento _____

SEZIONE B - Notizie sullo stato di salute dell'Assicurando

1. Peso _____ Altezza _____ Pressione arteriosa: Min: _____ Max: _____

2.1 Le è mai stata riconosciuta da una Società di assicurazione una invalidità permanente? NO SI Specificare: percentuale di invalidità, anno, infermità, Società _____

2.2 Fruisce di pensione di Invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI Specificare: causa, % di invalidità, anno, infermità, ente erogatore _____

2.3 E' stato giudicato invalido civile? NO SI Specificare: percentuale di invalidità, anno, infermità, ente erogatore _____

3. Ha minorazioni funzionali od imperfezioni fisiche diverse da: miopia astigmatismo presbiopia, ipermetropia? NO SI dell'udito degli arti altri: _____ Specificare: da quando e di che grado _____

4. Ha subito in passato traumi o infortuni che abbiano residuo postumi? NO SI del cranio degli organi di senso degli arti di altre localizzazioni: _____ Specificare: da quando e di che grado _____

5. E' stato mai dichiarato non idoneo al lavoro? NO SI Specificare: quando, motivo _____

6. PER DONNE
a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle? NO SI Quali? _____

b) è incinta? NO SI Mese di gravidanza _____

c) precedenti gravidanze che abbiano comportato aborti o parti con taglio cesareo? NO SI Quante? _____ quanti aborti? _____ quanti parti cesarei? _____

<p>7.1 E' attualmente in terapia farmacologica continuativa da più di un mese? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>7.2 Soffre e/o è in trattamento per ipertensione arteriosa? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Specificare: quale, da quando e per quale motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Specificare: da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8.1 Ha mai subito interventi chirurgici diversi da: appendicectomia, adenoidectomia tonsillectomia? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 E' mai stato ricoverato in istituto di cura per altre cause diverse da parto senza taglio cesareo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Specificare: quale, da quando e per quale motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>quali? _____</p> <p>_____</p> <p>quando? _____</p> <p>_____</p>
<p>9. E' mai stato sottoposto a terapie radianti, ormonali, trattamenti con cellule staminali, emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Specificare: anno, tipo, durata, motivo _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10. Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici dai quali sia emersa qualche alterazione? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> elettrocardiogramma <input type="checkbox"/> radiografie <input type="checkbox"/> elettroencefalogramma</p> <p><input type="checkbox"/> esami del sangue <input type="checkbox"/> anti-HIV <input type="checkbox"/> HBsAg (epatite) <input type="checkbox"/> esami urine</p> <p><input type="checkbox"/> biopsie <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> altri: _____</p> <p>Quale? _____</p> <p>_____</p>
<p>11. Ha in programma ricoveri, day-hospital, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, cicli di terapia farmacologia o fisico riabilitativa? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Specificare: quando, tipo, motivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>12. Ha sofferto o soffre di malattie che abbiano comportato cure mediche o chirurgiche, o terapie riabilitative? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>12.1 Nello specifico, ha sofferto o soffre attualmente di una delle malattie di seguito elencate? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>Precisare anno di insorgenza, tipo, durata e terapie pratiche</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Precisare quale, anno di insorgenza, durata e terapie pratiche</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>APPARATO RESPIRATORIO: asma, enfisema, infezioni bronco polmonari, pleurite, TBC, polipi delle corde vocali. APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: infarto miocardico, angina pectoris, ipertensione arteriosa, valvulopatie, arteriopatie, varici degli arti inferiori, tromboflebiti. APPARATO DIGERENTE: ulcera gastroduodenale, rettocolite ulcerosa, epatite virale B-C, cirrosi, calcolosi biliare. APPARATO UROGENITALE: malattie infettive e infiammatorie del nefrone, calcolosi, insufficienza renale, ipertrofia della prostata, cisti dell'ovaio, fibroma uterino, varicocele. APPARATO OSTEOARTICOLARE: artrite, artrosi, ernia del disco, lesioni del menisco o dei legamenti del ginocchio, alluce valgo, patologie non trattate con protesi. SISTEMA NERVOSO: morbo di Parkinson, epilessia, sclerosi multipla, demenza (m. di Alzheimer), SLA. ENDOCRINO METABOLICHE: diabete mellito tipo 1-2, malattie della tiroide o delle ghiandole surrenali. DEL SANGUE: anemia, leucemia. DEL CONNETTIVO: connettivite mista, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, poliartrite nodosa, reumatismo articolare. DELL'OCCHIO: cataratta, glaucoma, distacco di retina, malattie vitrali. TUMORI MALIGNI E BENIGNI</p>	
<p>13. Ulteriori informazioni di carattere sanitario? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>

Dichiaro, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 CC, che le risposte fornite sono esatte e veritiere e me ne assumo la piena responsabilità, consapevole che potrebbero costituire la base della polizza di assicurazione Pluriattiva, e quindi essere elementi fondamentali e necessari alla corretta valutazione del rischio da parte della Società.

Dichiaro di non aver taciuto alcuna notizia relativa alla mia salute, anche se non espressamente richiesta nel questionario.

Dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dell'assicuratore stesso comunicate ad altre persone od enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Dichiaro di impegnarmi, qualora la Società o chi per essa ne faccia richiesta, a fornire ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.

Data _____ Firma dell'Assicurando o se minore di chi ne esercita la potestà _____

Con riferimento ai dati personali, compresi quelli relativi la salute, richiesti con il presente questionario, ai sensi ai sensi della normativa vigente in materia di Privacy (D.Lgs. 196/03 , Reg. UE 679/2016, D.Lgs di adeguamento 101/2018), La informiamo che saranno trattati, anche informaticamente, dalla nostra compagnia al solo scopo di valutare il rischio quindi di predisporre, ed eventualmente stipulare ed eseguire, la polizza da Lei richiesta; il mancato conferimento degli stessi, comporta l'impossibilità di realizzare le suddette finalità; gli stessi non saranno comunicati a terzi, fatta eccezione per possibili comunicazioni a consulenti medici fiduciari o a società autorizzate dalla compagnia per le finalità sopra descritte, o diffusi. A tal proposito, l'interessato gode dei diritti di legge, tra cui quello di ottenere dal titolare la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, e l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione degli stessi.

Per l'esercizio dei Suoi diritti (ex art. 7 D. Lgs 196/03 e artt. 15-21 del Reg.UE (diritto di accesso, rettifica, portabilità, oblio, opposizione), o per maggiori informazioni per quanto riguarda i soggetti ai quali i Suoi dati possono essere comunicati, Lei può utilizzare il modulo di esercizio diritti interessato, scaricabile dal link <http://www.groupama.it/note-legali-e-cookies> ed inviarlo a Groupama, mediante una delle seguenti modalità: posta tradizionale con raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Groupama Assicurazioni SpA , Viale Cesare Pavese n. 385, 00144 Roma; fax al numero 0680210831; PEC all'indirizzo groupama@legalmail.it; posta elettronica all'indirizzo privacy@groupama.it. La informiamo infine che il testo completo dell'informativa Privacy nonché i nominativi dei responsabili pro-tempore Groupama Assicurazioni S.p.A. sono disponibili sul sito www.groupama.it avvertenze legali.

Firma dell'Assicurando o se minore di chi ne esercita la potestà _____

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

