

Agenzia _____ Cod. _____ N. Quest. _____ N. Prop. Polizza _____

QUESTIONARIO SANITARIO

ASSICURANDO

Cognome _____	Nome _____	M	F
Codice Fiscale _____			
Nato il: _____ a _____			
Domicilio: _____			
Nome Medico Curante: _____			
Fumatore: NO	SI	Altre coperture malattie in corso	NO SI
Precedenti coperture malattie disdettate NO SI			

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

- 1) Peso in Kg: _____ Altezza in cm: _____
- 2) Negli ultimi tre anni ha consultato medici? NO SI

- 3) Presenta una colesterolemia elevata (>250 mg/dl)? NO SI
- 4) Le è stata diagnosticata l'ipertensione arteriosa? NO SI
 SI, in assenza di fattori di rischio
 SI, in presenza di fattori di rischio
 SI, ipertensione arteriosa secondaria
- 5) È affetto da difetti fisici, malformazioni o disturbi funzionali (della vista, dell'udito, degli arti o di altro tipo)? NO SI
 Indichi quali, da quando ne è affetto e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Quali?	Data indicativa diagnosi	Data Intervento	
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____

- 6) Ha subito infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti? NO SI
 Indichi la diagnosi, da quando ne è affetto e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Diagnosi	Data indicativa diagnosi	Data Intervento	
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____
	__/__/____	NO	SI __/__/____

- 7) Percepisce o ha in corso domanda per ottenere una pensione di invalidità? NO SI

- 8) Soffre attualmente/Ha sofferto in passato di patologie o di disturbi ricorrenti/cronici? NO SI
 Indichi quali, quando diagnosticati, se in atto, se in trattamento
 (da quando e con quale farmaco o terapia) e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Quali?	Data indicativa diagnosi	In atto?		Se in trattamento, indicare: da quando il farmaco/terapia		Data Intervento		
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__

- 9) Ha subito ricoveri o interventi chirurgici anche ambulatoriali (inclusi per parti cesarei e aborti spontanei)? NO SI
 Indichi la diagnosi, quando accertata e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Diagnosi	Data indicativa diagnosi	Data Intervento		
	__/__/__	NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI	__/__/__

- 10) Assume abitualmente farmaci o si sottopone a terapie per patologie non dichiarate nei precedenti punti? NO SI
 Indichi la patologia, quando diagnosticata, da quando è in trattamento
 e con quale farmaco/terapia e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Patologia	Data indicativa diagnosi	Se in trattamento, indicare: da quando il farmaco/terapia		Data Intervento		
	__/__/__			NO	SI	__/__/__
	__/__/__			NO	SI	__/__/__
	__/__/__			NO	SI	__/__/__
	__/__/__			NO	SI	__/__/__
	__/__/__			NO	SI	__/__/__

- 11) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI
 11 a) se SI quali _____ in che periodo _____
 11 b) fa abitualmente uso di sostanze stupefacenti NO SI
- 12) Ha effettuato esami o accertamenti diagnostici con esiti al di fuori della norma, che abbiano rilevato patologie diverse da quelle già dichiarate? NO SI
 Indichi la patologia, quando diagnosticata, da quando è in trattamento e con quale
 farmaco/terapia e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Patologia	Data indicativa diagnosi	In atto?		Se in trattamento, indicare: da quando il farmaco/terapia		Data Intervento		
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__
	__/__/__	NO	SI			NO	SI	__/__/__

13) Professione dell'Assicurando _____		
Svolge in maniera continuativa la sua attività all'estero?	NO	SI
Se SI, indichi il paese dove svolge attività ovvero il suo principale centro di interesse economico _____		
14) Pratica Sport?	NO	SI
Sport professionistico?	NO	SI
Quali? _____		
15) È esposto a speciali pericoli?	NO	SI
Accede a impalcature?	NO	SI
Se SI, specifichi _____ altezza minore o uguale a 15 metri _____ altezza maggiore di 15 metri		
16) Prende parte a gare?	NO	SI
Se SI, specifichi quali (es. automobilistiche, motociclistiche, ciclistiche, ecc.) _____		
17) Pratica volo in qualità di pilota, paracadutismo?	NO	SI
Specifichi la pratica _____		

Il sottoscritto Assicurando, consapevole che le notizie e i dati di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di Italiana Assicurazioni e ne determinano le relative condizioni assuntive, dichiara di aver risposto con esattezza ed in modo completo e veritiero al Questionario sopra riportato. Proscioglie dal segreto professionale e legale tutti i medici che possano averlo curato e visitato e le altre persone alle quali Italiana Assicurazioni - o i suoi incaricati - credesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data _____, ____ / ____ / ____

Visto dell'Agente Procuratore

Firma dell'Assicurando (o di chi ne esercita la potestà)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

Finalità del trattamento dei dati – La informiamo che la raccolta dei Suoi dati personali / sensibili è finalizzata all'assunzione del rischio.

Pertanto, in caso di mancato conferimento dei dati richiesti e del relativo consenso al trattamento, non potremo compiere alcuna valutazione del rischio al fine di fornirLe un'adeguata proposta e stipulare un eventuale futuro contratto.

Modalità di trattamento dei dati personali – I Suoi dati saranno trattati dalla nostra società – Titolare del trattamento – con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati. I Suoi dati saranno trattati dalla struttura agenziale di riferimento, nonché dai dipendenti e collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società si potrà avvalere di soggetti terzi che svolgono per conto e secondo le istruzioni della Società stessa, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa.

Comunicazione dei dati a soggetti terzi – I Suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i Suoi dati, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.italiana.it. I dati personali e sensibili acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

Trasferimento dei dati all'estero – I Suoi dati, forniti con la compilazione del presente questionario anamnestico non saranno trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Diritti dell'interessato (art. 7 del D. Lgs. 196/2003) – Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i Suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, secondo le modalità previste dall'art. 9 del D.Lgs. 196/2003 e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano - Numero Verde 800 101313 - Email: benvenutiinitaliana@italiana.it.

Titolare e Responsabili del trattamento – Il titolare del trattamento è la Italiana Assicurazioni S.p.A., con sede in Milano, Via Marco Ulpio Traiano 18. L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile al sito internet della Società www.italiana.it.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, Le ricordiamo che il conferimento dei dati richiesti è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività sopra descritte. Precisiamo che senza i Suoi dati e il Suo consenso al trattamento - mediante l'apposizione della Sua firma in calce - non potremo dar seguito alla valutazione del rischio, ovvero alle Sue richieste.

Firma dell'Assicurando (o di chi ne esercita la potestà)

Luogo e data _ _ _ _ _ , _ _ / _ _ / _ _ _ _ _