

Agenzia _____ Polizza n. _____ della quale forma parte integrante.

QUESTIONARIO SANITARIO (RISERVATO)

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

E' necessario che a tutte le domande del questionario vengano date dettagliate risposte.

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurando o, se minore, dalla persona esercente la potestà, senza omettere circostanze od informazioni concernenti il proprio stato di salute anche se non espressamente previste nel questionario medesimo.

Nome e cognome dell'Assicurando _____ Data di nascita _____

Domicilio _____ Professione _____

A Si sono verificati nella sua famiglia (genitori, fratelli, sorelle) casi di ipertensione arteriosa, insufficienza coronarica, diabete mellito? _____

B Età dei genitori (se deceduti, indichi l'età al momento del decesso e la sua causa):
padre _____ madre _____

C Ha ottenuto l'esonero dal servizio di leva? (In caso affermativo ne indichi il motivo) _____

D Qual è il Suo peso abituale e la Sua altezza? Kg. _____ mt. _____

E Fuma? (In caso affermativo indichi il numero di sigarette al giorno) _____
Fa uso abituale di vino o alcolici? (In caso affermativo indichi la quantità giornaliera) _____
Assume abitualmente farmaci? (In caso affermativo, quali e per quale motivo) _____

F Indichi i valori della pressione arteriosa: minima _____ massima _____ data dell'ultima misurazione _____
Si tratta di pressione arteriosa controllata da terapia medica? _____ Segue dieta apposita? _____

G Ha ricevuto o richiesto prestazioni assicurative per intervenuta invalidità e/o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche, invalidanti e/o rare? _____

H E' stato ricoverato in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio? (In caso affermativo indichi quando, con quale diagnosi e se vi sia stato o meno intervento chirurgico) _____

I Ha effettuato accertamenti diagnostici nell'ultimo triennio? (In caso affermativo indichi quali sono e a quando risalgono, per quali motivi sono stati effettuati e quali ne sono stati gli esiti) _____

L Si è sottoposto a visite mediche negli ultimi sei mesi? (In caso affermativo indichi quali diagnosi sono state formulate) _____

M Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la Sua abituale attività lavorativa per oltre 4 settimane consecutive e per quali malattie? _____

N Soffre o ha sofferto di qualcuna delle seguenti malattie? (In caso affermativo specifichi quali, indichi quando o da quando, se segue o ha seguito terapie, se permangono conseguenze e quali. Tralasciare malattie esantematiche dell'infanzia)

Malattie
infettive

Malattie
osteoarticolari

Malattie
dell'apparato respiratorio

Malattie
dell'apparato cardiocircolatorio

Malattie

del sangue

Malattie
dell'apparato digerenteMalattie
dell'apparato urinarioMalattie
del sistema endocrinoMalattie
del sistema nervosoMalattie
degli organi di senso

- O Ha in corso o ha stipulato in passato altre polizze malattie? (In caso affermativo indichi con quale Compagnia, scadenza e tipo di garanzia se ancora in corso; motivo dell'annullamento se la polizza non è più in corso) _____

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 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.

FIRMA DELL 'ASSICURANDO (o di chi ne esercita la potestà)

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

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 (di seguito denominato Codice), La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici ed avverrà in modo tale da assicurare la Sua riservatezza e garantirLe la possibilità di far valere i Suoi diritti.

La raccolta dei Suoi dati, anche sensibili, rappresenta una condizione necessaria per l'assunzione del rischio, pertanto la mancata autorizzazione da parte Sua ci impedirà di compiere tale valutazione e conseguentemente di stipulare un eventuale futuro contratto.

I Suoi dati vengono trattati dalla struttura agenziale di riferimento, nonché, eventualmente, dagli incaricati degli Uffici assuntivi della Direzione di Italiana Assicurazioni e dal consulente medico.

Titolare del trattamento dati è la Italiana Assicurazioni con sede in Milano Via Traiano 18.

I suoi dati non saranno diffusi né saranno soggetti a comunicazione.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice (tra cui quelli di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati nonché opporsi, per motivi legittimi, al loro utilizzo) Lei potrà rivolgersi al Servizio "Benvenuti in Italiana" (Numero Verde 800 – 101313 e-mail benvenutitaliana@italiana.it) presso la sede indicata al comma che precede. Il medesimo Servizio è altresì competente per chiarimenti sul testo dell'informativa o del Codice medesimo, sulle modalità del trattamento, nonché sull'elenco completo dei responsabili o su qualunque altra informazione ritenuta necessaria.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi degli articoli 23 e 26 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, acconsento al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionali all'attività di assunzione del rischio da parte della Società.

Nome e cognome dell'interessato (leggibili)

(firma)

Luogo e data _____

