

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – ANAMNESTIC QUESTIONNAIRE

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la potestà.
The present questionnaire must personally be compiled by the policyholder.

SEZIONE A - Dati relativi all'Assicurato / Policyholder's data

Nome e Cognome / *Name and Surname*: _____
 Data di nascita / *Date of birth*: _____
 Società / *Society*: _____ Qualifica / *Qualification*: _____
 Via/Piazza / *Address*: _____ n°/ *civic number*: _____ Cap / *Postal Code*: _____
 Località / *City*: _____ Prov / *Country of residence*: _____
 Telefono / *Phone Number*: _____

SEZIONE B - Dichiarazioni dell'Assicurato / Policyholder's statements

1. E' a conoscenza di aver sofferto o di essere affetto da malattie in atto, da difetti fisici ?
Have you ever suffered or are you affected by illnesses in action or physical defects?
 In caso affermativo da quale malattie ? / *if yes, from which illnesses?* _____
- SI/YES NO/NOT
- Da quale difetto fisico è affetto? / *by which physical defect are you affected?* _____
- Se donna, è in stato interessante? / *if woman, is pregnant?* _____
- SI/YES NO/NOT
2. In passato è stato ricoverato, con o senza intervento chirurgico?
During the past, have you ever been accept in the hospital with or without surgical intervention?
 In caso affermativo, quando è stato ricoverato? / *if yes, when?* _____
 Quale è stato il motivo del ricovero? / *which were the reasons?* _____
 Di quale natura è stato l'intervento? / *of what nature was the intervention?* _____
 Sono residuati dei postumi? / *have you any residual of the posthumous?* _____
 Sta praticando trattamenti terapeutici? Di che tipo? / *are you practising any therapeutic treatments? Of which type?* _____
- SI/YES NO/NOT
3. Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, esami di laboratorio ecc.?
In the last two years have you been submitted to diagnostic checks, examinations of laboratory, etc.?
 Quando? / *when?* _____
 Sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali? / *were the results out of the normal values?* _____
 In caso affermativo alleghi la relativa documentazione medica. / *In affirmative case, please attach the related medical documentation.*
- SI/YES NO/NOT
4. Ha subito infortuni? / *Have you suffered from any accidents?*
 In caso affermativo di quale natura? / *of what nature?* _____
 In che data? / *in what date?* _____
 Con quali postumi? / *with which posthumous?* _____
- SI/YES NO/NOT
5. Ha in corso altre polizze per lo stesso rischio o le ha avute e in seguito sono state annullate?
Do you have other policies for the same risk or have you had it and then have you annulled it?
 Con quale Compagnia e per quale motivo sono state annullate? / *With what company and why have you annulled it?* _____
- SI/YES NO/NOT

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritieri e che non ha tacito, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Assicurato inoltre:
 - riconosce che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società;
 - proscioglie dal segreto professionale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni;
 - si impegna altresì a fornire, a richiesta della Società o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie a una corretta valutazione del rischio.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

FIRMA DELL'ASSICURATO O, SE MINORE,
 FIRMA DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA' /
SIGNATURE

Data / Date, _____

Ricevuta l'informativa ai sensi della Legge 31.12.1996 n. 675 sulla " tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente : _____ (firma)

MODULO DI ADESIONE / FORM OF ADHESION

Società di appartenenza / *Society of affiliation:* _____

| Numero <i>Number</i> | Categoria <i>Category</i> | Cognome <i>Surname</i> | Nome <i>Name</i> | Sesso <i>Sex</i> M/F | Data di nascita <i>(gg/mm/aaaa)</i> <i>Date of birth</i> <i>(dd/mm/yyyy)</i> | Provincia di residenza <i>Country of residence</i> |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|---|--|
| 1 | | | | | | |
| Indirizzo / Address | | | | | | |
| CAP / Postal Code | | | | | | |
| Città / City | | | | | | |
| Codice Fiscale / Tax-payer's code | | | | | | |
| Aderisce / subscribe : SI / YES <input type="checkbox"/> -- NO / NOT <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Il dipendente dichiara che il suo nucleo familiare è così composto:

the employee declares that its family is so composed:

| Numero d'ordine <i>Running number</i> | Grado di parentela <i>Degree of relationship</i> | Cognome <i>Surname</i> | Nome <i>Name</i> | Sesso <i>Sex</i> M/F | Data di nascita <i>(gg/mm/aaaa)</i> <i>Date of birth</i> <i>(dd/mm/yyyy)</i> | A carico <i>(SI / NO)</i> <i>Person dependent on the tax-payer</i> <i>(YES / NOT)</i> |
|---|--|---------------------------|---------------------|----------------------------|---|--|
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

Il dipendente autorizza a inviare eventuali comunicazioni presso l'indirizzo sopra riportato e ad accreditare gli eventuali
rimborsi cui avrà diritto sul suo c/c n. presso la banca filiale COD. ABI COD. CAB CIN

I sottoscritti dichiarano, sotto la propria responsabilità, che i dati sopra esposti sono corrispondenti, e prendono atto
dell'obbligo di comprovare la composizione del nucleo familiare con idonea documentazione (stato di famiglia), qualora
richiesto.

*The employee authorizes to send communications to the address written above and to accredit possible reimbursement which
he/she will have the right on his/her bank account (data)*

*The undersigned declares, under his/her own responsibility, that the data above are corresponding, and are aware of the
obligation to prove the composition of the family member with fit documentation (family status), if demanded.*

Luogo e data / *Place and date*

Firma / *Signature*