

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? ☐ SI/YES ☐ NO/NOT
In caso affermativo da quale malattia? / *if yes, from which illnesses?* _____
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? ☐ SI/YES ☐ NO/NOT
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?* _____
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.? ☐ SI/YES ☐ NO/NOT
Quando? / *when?* _____
Sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali? / *were the results out of the normal values?* _____
In caso affermativo alleggi la relativa documentazione medica. / *In affirmative case, please attach the related medical documentation.*
4. Ha subito infortuni? / *Have you suffered from any accidents?* ☐ SI/YES ☐ NO/NOT
In caso affermativo di quale natura? / *of what nature?* _____
In che data? / *in what date?* _____
Con quali postumi? / *with which posthumous?* _____
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? ☐ SI/YES ☐ NO/NOT
Con quale Compagnia e per quale motivo sono state annullate? / *Whith what company and why have you annulled it?* _____

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, 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 POTESTÀ' /
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 (gg/mm/aaaa) <i>Date of birth</i> (dd/mm/yyyy)	Provincia di residenza <i>Country of residence</i>
1						
Indirizzo / <i>Address</i>						
CAP / <i>Postal Code</i>						
Città / <i>City</i>						
Codice Fiscale / <i>Tax-payer's code</i>						
Aderisce / <i>subscribe</i> : 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 (gg/mm/aaaa) <i>Date of birth</i> (dd/mm/yyyy)	A carico (SI / NO) <i>Person dependent on the tax-payer</i> (YES / NOT)
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*