

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZA

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, all'assicurando è richiesto di rispondere al presente Questionario Sanitario. Si avverte l'assicurando che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
 - prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese nel Questionario Sanitario;
 - anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie di Assicurazione, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a carico dell'assicurando stesso. Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame della documentazione sanitaria prodotta dall'assicurando. L'assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.
- Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. Le Compagnie di Assicurazione, pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiarano espressamente che non intendono assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fossero a conoscenza che l'assicurando sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Sanitario.

A. Diagnosi, cure, trattamenti, interventi chirurgici o assunzione farmaci

- MALATTIE CARDIOVASCOLARI:** ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, assunto farmaci, o è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) per:
Ipertensione arteriosa grave (con valori pressori superiori a 140/90) nonostante l'eventuale trattamento farmacologico in corso, infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi coronarica, trombosi profonda, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, vasculopatia, aritmia cardiaca grave e tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici. [] SÌ [] NO
- MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:** ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, assunto farmaci, o è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) per:
Ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, danni cerebrali permanenti, aneurisma, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, depressione grave in trattamento farmacologico continuo e schizofrenia. [] SÌ [] NO
- MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE E URO-GENITALE E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:** ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, assunto farmaci, o è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) per:
insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica, cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica, gastroduodenite, esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa. Qualsiasi malattia polmonare cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma, sarcoidosi e enfisema ad esclusione di asma lieve nel caso in cui sia trattata solo con l'uso intermittente di un broncodilatatore ad azione rapida. [] SÌ [] NO
- MALATTIE DISMETABOLICHE, IMMUNOPATOLOGICHE, CONGENITE/EREDITARIE, DEL SANGUE:** ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, assunto farmaci, o è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) per:
 - HIV, qualsiasi altra malattia immunopatologica e patologie correlate
 - Diabete, tale da richiedere trattamento farmacologico
 - Malattie della tiroide con trattamento farmacologico non compensato, noduli tiroidei
 - Malattie o malformazioni congenite/ereditarie tali da richiedere un trattamento continuativo e/o periodico quali idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, ageniesi renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi,
 - Trombocitemia, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilia.[] SÌ [] NO
- BMI, ABUSO E DIPENDENZE:** ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, assunto farmaci, o è in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) per:
 - Indice di massa corporea (BMI), la differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120 (ad es. altezza 175cm e peso 70kg = 175-70 = 105)
 - Ricovero o cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti[] SÌ [] NO

B. PATOLOGIE ONCOLOGICHE: tenuto conto che può aver Diritto all'Oblio Oncologico secondo i termini di fine trattamento (che consentono, se raggiunti, di non comunicare le patologie oncologiche da cui è stato precedentemente affetto) presenti nella documentazione precontrattuale a cui si rimanda: [] SÌ [] NO

- è attualmente affetto da una patologia oncologica e/o
- è stato sottoposto ad intervento chirurgico per la rimozione di una forma tumorale, e/o
- è o è stato sottoposto a radio e/o chemioterapia e/o altre terapie antitumorali?

[] SÌ [] NO

C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?

Luogo		Data		Firma cliente	
-------	--	------	--	---------------	--