



QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO
POLIZZA N° 4644

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A IL: _____

AVVERTENZA SULLE MODALITA' DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO ALLA COMPAGNIA

Il presente Questionario Anamnestico Completo potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- a) per il tramite della Contraente
ovvero
- b) direttamente dal Cedente/Delegante, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection c/o KEREIS ITALIA S.A.S., Viale Vincenzo Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico Completo deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente al Modulo di Rilevazione Dati compilato e sottoscritto dal Cedente/Delegante in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.

AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico Completo, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Delegante nel questionario possono comportare la perdita totale o parziale del diritto del Contraente/Beneficiario alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il Cedente/Delegante è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese
- c) la Compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La Compagnia di assicurazione si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

| Altezza:cm Peso:kg Differenza (Altezza - Peso): | | In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste |
|--|---|---|
| 1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120 ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Da quando? Per quale motivo? |
| 3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Trattamento e posologia..... |
| 4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Di quale natura? Da quando? |
| 5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita) |
| 6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? Da quando? |
| 7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo? |
| 8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa • Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi • Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite • Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari • Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata • Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema • Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia • Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo • Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente • Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura • Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra | <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>10 Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?</p> | <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico? | <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>Per quale(i) motivo(i)? Quando?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

| <p>QUADRO RISERVATO AL CEDENTE/DELEGANTE</p> | <p>QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA</p> | |
|--|--|---|
| <p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo: _____</p> <p>Data: __ / __ / ____</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(Il Cedente/Delegante, firma per esteso e leggibile)</p> | <p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo: _____</p> <p>Data: __ / __ / ____</p> | <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(Il Medico, firma per esteso e leggibile)</p> |