

QUESTIONARIO ANAMNESTICO UNISALUTE

Data compilazione _____ PIANO SANITARIO _____ Individuale Nucleo

Il Proponente: COGNOME: _____

NOME _____

data e luogo di nascita: _____ Codice fiscale: _____

Residente in via _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Professione: _____ Tel. _____ tel cell _____ e-mail _____

Posizione familiare (compilare solo se combinazione nucleo): Contraente Coniuge Figlio

Indicare Nome e Cognome del titolare _____ a cui è collegato il piano sopraindicato

ALTEZZA cm _____ PESO kg _____

1. E' mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?

NO SI

Anno di ricovero	.....	.....	.....
Motivo	.....	.....	.....

2. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale) ?

NO SI

Anno di intervento	.....	.....	.....
Motivo	.....	.....	.....

3. Ha praticato negli ultimi 5 anni (o pratica attualmente) terapie continuative o a cicli ripetuti (es: cure con farmaci, dialisi, emotrasfusioni, fisioterapia ecc.) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno / Motivo	.....	.....	.....

4. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni ad accertamenti diagnostici (ad es.: esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografie, TAC, ecografie, esami endoscopici, PAP test, mammografia. ecc..) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno / Motivo	.....	.....	.....

Con quale esito ? Negativo Altro (allegare referto recente)

5. E' portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es.: deficit della vista, dell'udito, esiti di poliomielite, malformazioni congenite, difetti cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo ecc....)

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

6. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es.: fratture lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici ecc.) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Anno	.....	.....	.....

Con quale esito ? Negativo Altro (allegare referto recente)

7. Soffre di: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, patologia tiroidea, artrosi, calcoli renali, cisti ovariche?

NO SI (allegare referto recente, es. esami di laboratorio, ecografie, ecg, radiografie, esami istologici,...)

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

8. Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica (ad es.: bronchite, ulcera, malattie di cuore, di fegato di reni, malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose, malattie reumatiche, tumori ecc...) ?

NO SI

Quali	.....	.....	.....
Da quanto tempo	.....	.....	.....

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

Firma del Proponente

_____ (firmare tutte le copie)

La validità del presente questionario è di 30 giorni dalla data di sottoscrizione.

**AFFINCHE' UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE
MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

Sulla base dell'informativa allegata al presente Questionario, apponendo la Sua firma Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo e per finalità contrattuali.

Data _____

Nome e Cognome dell'interessato
(in stampatello)

Firma del Proponente

Fascicolo Informativo

L'assicurando dichiara di aver ricevuto e preso visione dei contenuti del Fascicolo Informativo relativo al piano sanitario di cui ha richiesto il preventivo.

Nome e cognome dell'interessato (in stampatello)

Firma dell'assicurando

Incaricato raccolta dati UNISALUTE _____ Telefono _____

UniSalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale Sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

Unipol
GRUPPO

www.unisalute.it