



Sede Legale e Operativa
35127 Padova • Via Vigonovese 115
Tel. 049.87.00.638 • Fax 049.87.03.829

Sede Amministrativa
24121 Bergamo • Via T. Tasso, 79
Tel. 035.22.64.17 • Fax 035.23.55.80

Capitale Sociale € 10.400,00
R.I. di PD 27097 • CCIAA PD 203155
Numero Iscrizione R.U.I.: **B000064108**
C.F. 01112130263 • P.I. 02094430283

www.cabibroker.com
E-mail: info@cabibroker.com

QUESTIONARIO ANAMNESTICO - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Le notizie contenute nel presente questionario costituiscono elemento per la valutazione del rischio da parte della Compagnia di assicurazione e debbono, quindi, essere veritiere ed esatte. Le risposte inesatte e/o reticenti sono assoggettabili al disposto degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile e quindi possono essere motivo di inefficacia dell'assicurazione.

01) COGNOME E NOME _____; NATO IL _____;
COD. FISC _____;
ATTIVITA' _____;
ALTEZZA CM _____; PESO KG _____; E' INCINTA _____;
PRESS. ARTER _____; FUMA _____;
FA USO DI ALCOLICI _____; FARMACI DI USO ABITUALE _____
_____;

02) IMPERFEZIONI FISICHE E/O DISTURBI FUNZIONALI CONGENITI ACCERTATI (se sì fornire precisazioni) _____

_____;

03) HA AVUTO OD HA IN CORSO POLIZZE INFORTUNI E/O POLIZZE SULLA VITA (se sì precisare se sono state emesse a condizioni normali) _____

_____;

04) HA SUBITO INFORTUNI E/O ALTRE LESIONI O TRAUMI
(se si indicare la sede della lesione ed eventuali postumi
residuati) _____

_____ ;

05) SI E' SOTTOPOSTO, NELL'ULTIMO ANNO, A VISITE
MEDICHE _____ ;

PER QUALE MOTIVO E CON QUALE ESITO

_____ ;

06) HA PRATICATO, NELL'ULTIMO ANNO, ALCUNI TRA I SEGUENTI
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI _____ ;

esito normale(si / no) se non normale, perché?

ESAMI DEL SANGUE _____ ;

ESAMI DELL'URINA _____ ;

RADIOGRAFIE _____ ;

ELETTROENCEFALOGRAMMA _____ ;

ELETTROCARDIOGRAMMA _____ ;

ESAME FONDO OCCHIO _____ ;

ALTRI _____ ;

_____ ;

07) E' MAI STATO RICOVERATO IN ISTITUTI DI CURA _____ ;
QUANDO ,DOVE, PER QUANTO TEMPO E PER QUALI CAUSE

_____ ;

08) HA SOFFERTO E/O SOFFRE DELLE SEGUENTI MALATTIE
(se si fornisce precisazioni):

APPARATO RESPIRATORIO

asma _____ ;
bronchite _____ ;
enfisema _____ ;
pleurite _____ ;
tbc _____ ;
tumori _____ ;

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

Infarto _____ ;
angina pectoris _____ ;
ipertensione _____ ;
valvulopatie _____ ;
arteriopatie _____ ;
varici arti inferiori _____ ;

APPARATO DIGERENTE

Gastroduodenite _____ ;
ulcera gastroduodenale _____ ;
coliti ulcerose _____ ;
epatite virale _____ ;
cirrosi epatica _____ ;
calcolosi biliare _____ ;
tumori _____ ;

APPARATO URO - GENITALE

Nefriti _____ ;
calcolosi _____ ;
tumori _____ ;

SISTEMA NERVOSO E DELLA PSICHE

epilessia _____ ;
nevrosi _____ ;
paralisi _____ ;
tumori _____ ;

SISTEMA ENDOCRINOMETABOLICO

diabete _____ ;
dislipidemie _____ ;
alterazioni tiroide _____ ;
alterazioni surrene _____ ;

APPARATO OSTEO - ARTICOLARE

Artriti _____ ;
Artrosi _____ ;
Tumori _____ ;

SANGUE

Anemie _____ ;
leucemie _____ ;

ORGANI DEL SENSO

_____ ;
_____ ;

MALATTIE INFETTIVE

(data)

(firma dell' Assicurando)

____/____/____

Dichiara inoltre di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e acconsente al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali, eventualmente sensibili o giudiziari, anche a terzi soggetti comprese le compagnie di assicurazione, nell'ambito e con i limiti indicati nell'informativa e a condizione che siano rispettate le disposizioni della normativa vigente.

(firma dell' Assicurando)
