

Questionario Anamnestico Completo

relativo alla polizza numero 1802 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con Credit Life AG

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione del Questionario Anamnestico Completo:

(a) le dichiarazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio devono essere esatte, complete e veritiere;

(b) le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;

(c) prima della sottoscrizione del Questionario Anamnestico Completo, il Terzo deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate;

(d) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, il Terzo può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute;

(e) il Terzo ha il dovere di dare sollecita comunicazione all'Assicuratore di eventuali nuovi fattori inerenti al proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del Modulo Rilevazione Dati e la Data di Decorrenza dell'Assicurazione, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della richiesta di ammissione;

(f) il Terzo autorizza lo svolgimento a cura dei medici di fiducia dell'Assicuratore di verifiche, esami o eventuali prove mediche opportune, da eseguire entro i limiti e secondo le modalità che si rendano necessari ai fini dell'attuazione degli obblighi inerenti all'Assicurazione;

(g) il Terzo si obbliga a far compilare e a far sottoscrivere il presente Questionario Anamnestico Completo dal proprio medico di medicina generale, consapevole che, in caso di inadempienza, la copertura assicurativa non sarà fornita.

Firma del Terzo:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Codice fiscale:

Mettere sempre una croce nella casella del SI oppure in quella del NO.

In caso sia stata messa una croce nella casella del SI, fornire in modo completo e dettagliato tutte le indicazioni richieste.

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| Altezza espressa in centimetri: | | | | |
| Peso espresso in chilogrammi: | | | | |
| Differenza (Altezza - Peso): | | | | |
| 1. | Ha mai fatto richiesta, negli ultimi 5 anni, di altre assicurazioni sulla vita che sono state rifiutate o concesse con l'applicazione di un sovrappremio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi |
| 2. | È sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi Citare nomi e dosi delle medicine, cure o trattamenti |
| 3. | È colpito da una malattia cronica, da un'invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Di quale natura? |
| 4. | È titolare di una delle seguenti prestazioni? | | Da quando? (allegare copia della notifica di rendita) | Indichi dettagliatamente tutti i motivi |
| | pensione per malattia o infortunio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Indichi nel dettaglio le percentuali |

| | | | | | |
|--|--|---|------------|---|-------------------|
| | rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| 5. | Gode dell'esonero del ticket a causa di una malattia o di un infortunio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | |
| 6. | Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Per quanto tempo? |
| 7. | Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie HBV (virus dell'epatite B), HCV (virus dell'epatite C), HIV (virus dell'immunodeficienza umana) o altre malattie infettive? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i test con esito positivo | |
| 8. | Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni? | | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
| | malattie reumatiche, disco-vertebrali, lombaggine, sciatica? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | disturbi neurologici, affezioni neuropsichiche, depressione nervosa? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, diabete? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Indichi dettagliatamente tutti i motivi e l'indicazione dei rilevamenti della pressione diastolica e sistolica: | |
| | patologie dell'apparato respiratorio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | disturbi o malattie all'apparato digerente? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| | Cancro, leucemia, linfonodi ingrossati o qualsiasi patologia di origine tumorale? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| altri trattamenti di una durata superiore a un mese? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 9. | È mai stato ricoverato in ospedale, clinica o casa di cura? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Da quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |

TIMBRO E FIRMA DEL
MEDICO DI MEDICINA
GENERALE

| | | | | | |
|--|--|---|---------|---|---|
| | Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per uno dei seguenti motivi: appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| | Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso da quelli sopra elencati? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| 10. | È stato informato che, nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà subire uno dei seguenti eventi? | | Quando? | Indichi dettagliatamente tutti i motivi | Durata? |
| | subire una TAC, una risonanza magnetica, esami in ambiente ospedaliero? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| | essere ricoverato? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| | seguire un trattamento medico? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| | subire un intervento chirurgico? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Quadro Riservato Al Medico Specializzato Della Compagnia Di Assicurazioni | | <input type="checkbox"/> _____ Redatto dal dottor | | | Timbro e Firma Del Medico Di Medicina Generale |
| | | <input type="checkbox"/> _____ Luogo, Data | | | |
| | | Letto e approvato, <input type="checkbox"/> _____ Firma del Terzo | | | |