



LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it
Cap. Soc. € 36.800.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI,
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO
FONDIARIA-SAI



Questionario Sanitario Analitico

Forma parte integrante della polizza **Liguria Valore Salute N.** _____

AGENZIA	COD. AGENZIA	COD. BROKER	COD. SUBAGENZIA

Assicurando/a _____

Città di residenza _____

Data di nascita []/[]/[] ; Sesso M F

Professione (descrizione): _____ Codice [] [] [] []

Medico Curante o di Famiglia: Dott. _____

Via _____

Città _____ Tel. _____

1. Altezza cm [] [] [] []

1.2 Peso kg. [] [] [] []

2. Gravidanze? NO SI

3. Parti cesarei? NO SI

4. È affetto da malformazione e/o imperfezioni fisiche? NO SI

4.1 Se sì, quali? _____

5. Hai subito traumi / infortuni? NO SI

5.1 Se sì, in quale sede del corpo? _____

5.2 Con dei postumi? NO SI

5.3 Se sì, quali? _____

6. È portatore di elettrostimolatori (pace-maker, defibrillatori, elettrostimolatori midollari, ecc.)? NO SI

6.1 Se sì, in che sede? _____

6.2 Quando sono stati impiantati? []/[]/[]

7. Sta assumendo farmaci? NO SI

7.1 Se sì, quali? _____

7.2 Perché? _____

8. Controlla regolarmente colesterolo e trigliceridi? NO SI

8.1 Che valori le hanno riscontrato? di colesterolo totale [] [] [] []

di trigliceridi [] [] [] []

9. Ha la glicemia elevata? NO SI

7.1 Se sì, è in trattamento:

solo dietetico con ipoglicemizzanti orali con insulina

10. Soffre di pressione alta? (ipertensione) NO SI

10.1 Se sì, indicare il valore della pressione minima [] [] [] []

10.2 Se sì, indicare il valore della pressione massima [] [] [] []

10.3 Se sì, è in trattamento farmacologico? NO SI

11. È stato ricoverato in istituto di cura? NO SI

11.1 Per malattia? NO SI

11.2 Quando? []/[]/[]

11.3 Per infortunio? NO SI

11.4 Quando? []/[]/[]

12. È stato sottoposto a intervento chirurgico? (compreso eventuale trapianto di organo e/o impianto di protesi) NO SI

12.1 Se sì, quale? _____

12.2 Quando? []/[]/[]

12.3 Se sì, quale? _____

12.4 Quando? []/[]/[]

12.5 Se sì, quale? _____

12.6 Quando? []/[]/[]

13. Nell'ultimo anno ha eseguito esami (ad esempio: sangue, elettrocardiogramma, radiografie, TAC, RNM) e/o check-up mirati (cardiologico, ginecologico, urologico)? NO SI

13.1 Se sì, indicare quali _____

13.2 Con che esito? _____

**LIGURIA – Società di Assicurazioni S.p.A.**

Sede Sociale e Direzione Generale: Via Milano, 2 – 20090 Segrate, Milano (Italia) - Tel. 02.21608.1 – Fax 02.21608.200 – www.liguriassicurazioni.it
Cap.Soc. € 36.800.000 i.v. P. IVA 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. Milano 00436950109 – R.E.A. 1369659 Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29.04.1923 n. 966 (G.U. 14.05.1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI, iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A..

**GRUPPO
FONDIARIASAI**

Questionario Sanitario Sintetico

Forma parte integrante della polizza **Liguria Valore Salute n.** _____

Relativamente a ciascun assicurando, agli effetti degli art. 1892 e 1893 del Codice Civile, vengono rese le dichiarazioni relative alle seguenti informazioni:

- a) non ha in corso altre assicurazioni malattie o infortuni, ad eccezione di quelle stipulate in forma collettiva e non nominativa, né gli furono annullate polizze Malattie o Infortuni nel corso degli ultimi 5 anni;
- b) non ha mai sofferto, né ha in corso malattie gravi o recidivanti;
- c) non è portatore di invalidità permanenti, imperfezioni fisiche o funzionali;
- d) non è stato ricoverato, né ha subito interventi per patologie diverse da appendicectomie, tonsillectomie, adenoidectomie, parto naturale o cesareo.
- e) non ha praticato terapie continuative negli ultimi 5 anni.

Nel caso in cui, per uno o più **Assicurandi** la risposta ai quesiti **b) c) d) e)** fosse positiva (pertanto l'Assicurando barrerà la casella **SI**), si renderà necessaria la compilazione del questionario analitico (mod. **MA25Q**) per poter dare seguito alla copertura assicurativa.

In caso di Assicurandi che non abbiano compiuto la maggiore età, la dichiarazione deve essere resa da soggetto che ne abbia la potestà.

1) ASSICURANDO (Cognome e Nome)	Nato il	Sesso (M / F)	Peso Kg.	Altezza Cm _____	FUMATORE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
a) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo di assicurazione e Compagnia assicuratrice :				
b) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data dell'annullamento e motivazioni :				
c) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
d) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
e) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
Data di compilazione ____ / ____ / _____				FIRMA _____	

2) ASSICURANDO (Cognome e Nome)	Nato il	Sesso (M / F)	Peso Kg.	Altezza Cm _____	FUMATORE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
a) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo di assicurazione e Compagnia assicuratrice :				
b) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Data dell'annullamento e motivazioni :				
c) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
d) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
e) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto				
Data di compilazione ____ / ____ / _____				FIRMA _____	

3) ASSICURANDO (Cognome e Nome)		Nato il	Sesso (M / F)	Peso Kg.	Altezza	FUMATORE
					Cm _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
a) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Tipo di assicurazione e Compagnia assicuratrice :</i>					
b) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Data dell'annullamento e motivazioni :</i>					
c) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
d) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
e) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
<i>Data di compilazione</i> ____ / ____ / _____				<i>FIRMA</i> _____		

4) ASSICURANDO (Cognome e Nome)		Nato il	Sesso (M / F)	Peso Kg.	Altezza	FUMATORE
					Cm _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
a) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Tipo di assicurazione e Compagnia assicuratrice :</i>					
b) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Data dell'annullamento e motivazioni :</i>					
c) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
d) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
e) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
<i>Data di compilazione</i> ____ / ____ / _____				<i>FIRMA</i> _____		

5) ASSICURANDO (Cognome e Nome)		Nato il	Sesso (M / F)	Peso Kg.	Altezza	FUMATORE
					Cm _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
a) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Tipo di assicurazione e Compagnia assicuratrice :</i>					
b) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Data dell'annullamento e motivazioni :</i>					
c) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
d) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
e) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare Questionario Analitico completo in ogni sua parte e sottoscritto</i>					
<i>Data di compilazione</i> ____ / ____ / _____				<i>FIRMA</i> _____		

Autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196/2003)

Il sottoscritto, ricevuta e letta l'informativa riportata sul mod. DV50A:

- 1) acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità precontrattuali e contrattuali
- 2) acconsente alla loro comunicazione alle categorie di soggetti indicate nell'informativa appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" e il cui elenco, sempre aggiornato, è disponibile presso la sede della Società.

L'Assicurando (se minore chi ne esercita la patria potestà)

Avvertenza per l'assicurando/a

Nell'elenco seguente sono state riportate, suddivise per apparato e per tipologia, le malattie più ricorrenti. La preghiamo di rispondere ad ogni domanda indicando in caso di risposta affermativa il tipo di malattia sofferta, la data di insorgenza e di eventuali recidive; in caso di malattie non presenti nell'elenco, La preghiamo di riportare alla voce "altre non comprese", precisando anche per quest'ultime la data di insorgenza e di recidive.

14. Apparato respiratorio

Bronchite cronica, Enfisema, Asma, Pneumopatie professionali (asbestosi, silicosi), Tromboembolia polmonare, Malattie del mediastino, Malattie della pleura.

NO SI

14.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 14.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

15. Apparato cardiovascolare

Ipertensione arteriosa, Angina, Ischemia, Infarto, Endocardite infettiva, Vizi valvolari (stenosi e/o insufficienza della valvola mitrale e/o aortica e/o tricuspide e/o polmonare), Cardiomiopatie (dilatative, ipocinetiche, restrittive, ipertrofiche), Malattie del pericardio, Cardiopatie congenite, Malattie dell'aorta (aneurismi, dissecazioni), Arteriopatie periferiche ostruttive, Vene varicose, Trombosi venose.

NO SI

15.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 15.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

16. Apparato digerente

Ulcera peptica, Gastrite, Gastroduodenite, Colite, Occlusione intestinale, Peritonite, Diverticolosi, Diverticolite.

NO SI

16.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 16.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

17. Fegato, Sistema biliare, Pancreas

Ittero, Insufficienza epatica, Epatite virale acuta e cronica, Epatopatie da tossici e da farmaci, Epatopatia alcolica, Cirrosi biliare, Ascessi e cisti del fegato, Calcoli delle vie biliari, Pancreatite acuta o cronica.

NO SI

17.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 17.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

18. Malattie infettive

Endocarditi, Pericarditi, Miocarditi, Bronchiti, Polmoniti, Encefaliti, Meningiti, Osteomieliti, Tubercolosi, Infezioni da salmonella, Infezioni da funghi, Infezioni delle vie urinarie, Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

NO SI

18.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 18.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

19. Rene

Sindrome nefritica, nefrosica, Insufficienza renale acuta, cronica, Calcolosi renale.

NO SI

19.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 19.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

20. Apparato genito-urinario

Epididimite, Orchite, Ipertrfia prostatica, Endometriosi, Fibroma uterino, Calcolosi vescicale, Papillomi vescicali.

NO SI

20.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 20.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

21. Occhio

Glaucoma, Cataratta, Retinopatie.

NO SI

21.1 Se si, indicare quali _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____
 21.2 Altre non comprese _____ data recidive ____/____/____ data recidive ____/____/____

22. Malattie neurologiche

Epilessia, Parkinsonismo, Disturbi cerebrovascolari (stroke/ictus), Malattie demielinizzanti (sclerosi multipla o mielopatie), Malattie dei nervi periferici o delle giunzioni neuromuscolari, Lesioni del midollo spinale, Disturbi del comportamento (Sindromi: ansiose, depressive, psichiatriche).

NO SI

22.1 Se sì, indicare quali _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

22.2 Altre non comprese _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

23. Malattie endocrinologiche e metaboliche

Disturbi dell'ipofisi, della tiroide, delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ovaio o del testicolo, Patologie della mammella, Diabete mellito, Osteoporosi.

NO SI

23.1 Se sì, indicare quali _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

23.2 Altre non comprese _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

24. Malattie del sangue

Anemie, Talassemie, Trombocitopenie / Trombocitosi, Disturbi della coagulazione.

NO SI

24.1 Se sì, indicare quali _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

24.2 Altre non comprese _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

25. Malattie reumatiche e osteo-articolari

Artrite reumatoide, Lupus, Reumatismo articolare acuto, Osteoartrite, Osteoartrite, Gotta / Iperuricemia.

NO SI

25.1 Se sì, indicare quali _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

25.2 Altre non comprese _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

26. Tumori

Leucemie, Morbo di Hodgkin, Linfoma non Hodgkin, Mielomi, Melanomi, Tumori: della testa e del collo, cardiaci, del polmone, della mammella, dello stomaco, del fegato, del pancreas, dell'intestino tenue, del colon, del rene, del testicolo, della prostata, dell'apparato genitale femminile, delle ghiandole, del sistema nervoso centrale e/o periferico.

NO SI

26.1 Se sì, indicare quali _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

26.2 Altre non comprese _____ data recidive []/[]/[] data recidive []/[]/[]

DICHIARAZIONI RESE DALL'ASSICURANDO / A

1 - Il sottoscritto, consapevole che le presenti notizie e dati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte della LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A., dichiara che le risposte fornite sono veritiere ed esatte e conferma di non avere alterato alcuna circostanza connessa alle domande suesposte. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Proscioglie infine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'assicurando/a dichiara di non essere e di non essere mai stato affetto da tossicodipendenza e alcolismo e di non aver mai fatto uso di droghe.

2 - Il sottoscritto dichiara di: *(barrare la casella interessata)*

non essere mai stato in precedenza assicurato/a con polizze relative a rimborsi di spese mediche conseguenti a infortunio e malattia;

essere già stato assicurato/a con polizze relative a rimborsi di spese mediche conseguenti a infortunio e malattia con: *(indicare Compagnia e periodo)*

3 - Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto la Nota Informativa Precontrattuale di cui all'art. 123 del D.L. 17/03/1995, n. 175 ed alla Circolare ISVAP n. 303 del 2/06/1997 n. 417 del 28/09/2000 e n. 518/D del 21/11/2003.

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D.L. 30/06/2003 n. 196, **acconsento:**

- al trattamento da parte del Titolare e degli altri soggetti della Catena Assicurativa, dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;

- al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE).

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data []/[]/[]

Firma _____