

Nome Cognome: _____

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

1. Si prega di indicare:

Altezza e peso: _____ cm _____ Kg

SI (Fornire
dettagli
in merito) NO

2. Attualmente assume o ha mai assunto farmaci per un periodo continuativo superiore ai 21 giorni? SI NO

3. Attualmente soffre o negli ultimi 5 anni ha sofferto di dolori, problemi di salute o delle seguenti patologie?

a. Patologie riguardanti cuore, vasi sanguigni, ipertensione, pressione sanguigna instabile, aritmie cardiache, tachicardia, soffio cardiaco, cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, angina pectoris, dolori al petto, vene varicose, trombosi o di altre patologie cardiache, vascolari. SI NO

b. Patologie riguardanti le vie respiratorie, polmoni, asma, tubercolosi, bronchite cronica, embolismo o di altre patologie polmonari o malattie delle vie respiratorie. SI NO

c. Disturbi del metabolismo, ghiandole con secrezione interna, p.es. diabete, gotta, colesterolo alto, trigliceridi, disturbi funzionali della tiroide o altre malattie metaboliche. SI NO

d. Malattie dell'apparato digerente (esofagite, gastroduodenite, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliti ulcerose, morbo di Crohn, diverticolosi colica, ernie, malattie di pancreas, malattie del fegato, vescica biliare, itterizia) o altre patologie degli organi digestivi. SI NO

e. Malattie dei reni, sistema urogenitale, prostata (nefriti/glomerulonefriti, nefrosi, disturbi delle vie urinarie (p.es. proteine o sangue nelle urine, calcolosi, etc), prollasso uterino, miomi, fibromiomi uterini, cisti ovariche, varicocele/idrocele, malattie della prostata, malattie della mammella, altre). SI NO

f. Malattie del Sangue, sistema immunitario (es. clorosi, disturbi della coagulazione del sangue, emofilia, leucemia, alterazioni dell'emocromo, patologie della milza, infezione da HIV, AIDS, allergie, altre). SI NO

g. Malattie delle ossa, articolazioni, muscoli (es. mal di schiena, dolori duraturi agli arti, arti mancanti, reumatismi, artrosi, osteoporosi, ernia del disco) o altre malattie delle ossa, delle articolazioni o dei muscoli. SI NO

h. Malattie del cervello, midollo spinale e nervi, malattie psichiche (p.es. cefalea, emicrania, vertigini, epilessia, sclerosi multipla, ictus, paralisi, depressioni, disturbi psichici, tentativi di suicidio) e/o altre patologie del sistema nervoso, incluse le malattie neurologiche (demenza, Alzheimer, Parkinson, altre malattie). SI NO

i. Malattie virali, batteriche, infettive o micotiche (es. HIV, malaria, mononucleosi, morbo di Lyme [borreliosi] ed altre. SI NO

j. Patologie di occhi o orecchie (p.es., malattie della retina, glaucoma, cecità, sordità, sordomutismo, disturbi dell'udito) o altre malattie degli occhi e delle orecchie, vizi di rifrazione (miopia, presbiopia, astigmatismo ecc.). Indicare diottrie degli occhiali/lenti (Sx; Dx). SI NO

k. Altre malattie, non indicate nel presente modulo, disturbi della salute, difetti fisici, difetti alla nascita, traumi, conseguenze permanenti da incidente. SI NO

4. Attualmente soffre o ha mai sofferto di Malattie tumorali di tipo benigno o maligno (es. cancro, miomi, adenomi, lipomi, polipi, cisti) o altre patologie di tipo tumorale, incluse tutte le forme pre-maligne? SI NO

5. È in attesa di ricevere esiti di esami già eseguiti, in seguito a disturbi persistenti, ancora non diagnosticati, quali dolori al petto, costipazione persistente, sangue nelle feci, tosse, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, astenia (debolezza, stanchezza, mancanza di energia), diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche? (Risonanza magnetica, TAC, radiografie, ecografie, test funzionalità epatica, markers epatite, fondo oculare, ECG, elettroencefalogramma, mammografia, analisi delle urine, esami del sangue, test HIV). SI NO

6. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato o Le è stato consigliato un ricovero negli ultimi 5 anni a scopo diagnostico, per visite, terapie, interventi chirurgici o simili? SI NO

7. Negli ultimi 12 mesi ha avuto bisogno dell'aiuto, dell'assistenza di una persona o da parte di un'associazione, ente o di un gruppo di volontari nella preparazione dei pasti, nel fare la spesa, nella gestione delle proprie attività quotidiane, nella gestione dei soldi, nell'igiene personale, negli spostamenti dentro e fuori la propria abitazione? SI NO

8. Percepisce o ha in corso la richiesta per ottenere assegno o pensione di invalidità derivanti da malattia o traumi riconosciuti da compagnie di assicurazione, INAIL, INPS o altri organi di previdenza e/o assistenza? SI NO

9. Nella Sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) sono mai stati diagnosticati tumori maligni e/o malattie neurologiche prima dei 55 anni? SI NO

10. Indichi le Sue attività sportive:

A che livello pratica l'attività:

Dilettante (amatoriale) Semi-professionale Professionale

11. Pratica regolarmente o nel tempo libero sport o attività ricreative pericolose (ad es. paracadutismo, arti marziali, immersioni in apnea, sport motoristici, sci estremo, sport aeronautici)? SI NO

Se sì, quali?

A che livello pratica l'attività:

Dilettante (amatoriale) Semi-professionale Professionale

- SI (Fornire dettagli in merito)** **NO**
12. Si prega di precisare l'attuale attività lavorativa?
- a) Durante il Suo lavoro è esposto a prodotti/sostanze pericolose, come esplosivi, sostanze tossiche, etc? SI NO
- b) Guida macchinari pesanti, gru, etc? SI NO
- c) Lavora sottoterra o sott'acqua? SI NO
- d) Lavora in altezza superiori a 6 m? SI NO
13. Fuma o ha fumato negli ultimi 12 mesi? SI NO
- Se la risposta è Sì, quante sigarette/sigari al giorno? _____
14. Le è stato suggerito un trattamento o è stato trattato a causa di alcool, droghe o altra dipendenza (ad es. Gioco d'azzardo e altro)? SI NO
15. Sta pianificando di viaggiare in qualche paese rischioso? SI NO

Domanda no.	Tipo di malattia, di disturbo, cambiamento	Quando? Per quanto tempo?	Nome e indirizzo del medico/dell'ospedale	Numero documenti aggiuntivi allegati

DOMANDE DA AGGIUNGERE NEL QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DELL'ASSICURANDO:

- SI** **NO**
1. Negli ultimi 3 mesi ha manifestato i sintomi del Covid-19 (quali tosse, affanno e febbre superiore a 37,5 – i sintomi indicati si devono manifestare contestualmente) o è mai stato invitato a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi, su consiglio del medico, per almeno 14 giorni? SI NO
2. Nell'ultimo mese, a causa del Covid19, è stato invitato a mettersi in autoisolamento (*) senza sintomatologia (a causa di contatti con soggetti positivi al Covid19) o a seguito di un viaggio? SI NO
- (*) Sono escluse tutte le eventuali restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa.

SE L'ASSICURANDO RISPONDE SÌ AD UNA DELLE DUE DOMANDE, DOVR RISPONDERE AL SUCCESSIVO QUESTIONARIO COVID-19

QUESTIONARIO COVID-19

- SI** **NO**
1. L'assicurato si è sottoposto al tampone? SI NO
- Se SÌ, indicare con esattezza la data e il risultato

2. E' stata confermata la diagnosi di Covid - 19? SI NO
- Se SÌ, indicare con esattezza la data?

- | | SI | NO |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 3. Si è mai sottoposto al test sierologico per la ricerca di anticorpi SARS-CoV-2?
Se SI, indicare con esattezza la data e il risultato | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. E' stato dichiarato ufficialmente guarito ed è ritornato alle normali attività della vita quotidiana?
Se SI, indicare con esattezza la data
Se NO, indicarne il motivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. E' tornato a svolgere la sua occupazione senza conseguenze legate all'infezione da Covid -19?
Se NO, indicarne con esattezza il motivo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Negli ultimi 2 mesi ha intrapreso viaggi in paesi - europei o extra-europei - per i quali il Ministero degli Affari Esteri prevede forti restrizioni perché ad alto rischio di contagio come indicato nel sito della Farnesina?
Se SI, indicare la destinazione la durata del viaggio ed il motivo del soggiorno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- Lo sottoscritto(a) dichiaro che le affermazioni rese sono complete e corrispondono a verità, per quanto di mia conoscenza, e di non aver sottaciuto alcuna informazione che possa influenzare la valutazione o l'accettazione della presente proposta di assicurazione.
- Dichiaro inoltre che la presente dichiarazione costituisce parte integrante della proposta di assicurazione sulla vita e che la mancata comunicazione di fatti a mia conoscenza potrebbe determinare l'annullamento del contratto.
- La compagnia assicurativa NOVIS può richiedere un rapporto aggiuntivo basato sulle informazioni scritte nel presente questionario per la conclusione del processo valutativo.

Luogo e Data

Firma dell' Assicurando