UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Num archivio |__|__|__|__|__|__| Agenzia e num polizza |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Questionario Anamnestico UniSalute
Piano Sanitario "LTC GALENO"

Il sottoscritto (cognome) _____(nome) _____

Data di nascita _____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo_____

e-mail _____ _____ Nazionalità _____

Professione (attuale o precedente per i pensionati): _____

essendo a conoscenza del fatto che le dichiarazioni e le informazioni riportate nel presente questionario saranno utilizzate da Unisalute S.p.A. per la valutazione del rischio da assumere, in relazione alla copertura assicurativa per i casi di non autosufficienza, consapevole degli effetti di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione in caso dichiarazioni inesatte, false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato), al fine di acquistare la predetta copertura assicurativa nei limiti di una somma di Euro 1.000,00 mensili, dichiara quanto segue:

	DOMANDE Altezza: _____ cm Peso: _____ kg	**SI**	**NO**
1.	Ha attualmente bisogno dell'aiuto di terzi per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi, vestirsi, nutrirsi?	☐	☐
2.	Ha diritto, ha richiesto o percepisce una pensione di invalidità, oppure una pensione per incapacità permanente corrispondente ad un livello di incapacità superiore al 25%? È prepensionato o ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute? Beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap?	☐	☐
3.	È esentato o ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica?	☐	☐
4.	Soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali durante la vita quotidiana o la vita professionale?	☐	☐
5.	Soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato o di ipertensione mal controllata?	☐	☐
6.	Negli ultimi cinque anni ha sofferto di o soffre attualmente di o ha ricevuto cure per una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino?	☐	☐
7.	Si è mai sottoposto a terapia radiante, chemioterapia, oppure fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)?	☐	☐

In caso di risposta affermativa a una o più domande:
il sottoscritto specifica di seguito i dettagli delle predette patologie (natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami effettuati, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse) facendo riferimento alla numerazione sopra indicata da 1 a 7.
……
……
(in caso di necessità aggiungere un foglio con nome cognome, codice fiscale, data e firma). In tal caso, prima dell'assunzione del rischio, Unisalute S.p.A. si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni in base al tipo di disturbi medici dichiarati.

La validità del presente questionario è di 30 giorni dalla data di sottoscrizione.
Si prega di rispondere precisamente a TUTTE LE DOMANDE. Non saranno accettati questionari contenenti risposte barrate o recanti la dicitura "Niente da dichiarare".

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____