

Agenzia _____ Cod. _____ N. Quest _____ N. Prop./Polizza _____

QUESTIONARIO SANITARIO

ASSICURANDO

Cognome		Nome		C.F.
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato/a il / /		a	Domicilio:
Fumatore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				
Altre coperture malattie in corso?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con la Società	
Precedenti coperture malattie disdettate?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con la Società	

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

1. Peso in kg Altezza in cm				
2. Negli ultimi tre anni ha consultato medici? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quali? Quando e per quali motivi? Chi è il suo medico abituale?				
3. Presenta una colesterolemia elevata (>250 mg/dl)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	4. Le è stata diagnosticata l'ipertensione arteriosa? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, in assenza di fattori di rischio <input type="checkbox"/> SI, in presenza di fattori di rischio <input type="checkbox"/> SI, ipertensione arteriosa secondaria			
5. È affetto da difetti fisici, malformazioni o disturbi funzionali (della vista, dell'udito, degli arti o di altro tipo)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Indichi quali, da quando ne è affetto e l'eventuale intervento chirurgico subito.				
<i>Quali?</i>	<i>Data diagnosi (indicativa)</i>	<i>Intervento?</i>		
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
6. Ha subito infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Indichi la diagnosi, da quando ne è affetto e l'eventuale intervento chirurgico subito.				
<i>Diagnosi</i>	<i>Data diagnosi (indicativa)</i>	<i>Intervento?</i>		
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
7. Percepisce o ha in corso domanda per ottenere una pensione di invalidità? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indichi il grado di invalidità riconosciuto				
8. Soffre attualmente/ha sofferto in passato di patologie o di disturbi ricorrenti/cronici? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Indichi quali, quando diagnosticati, se in atto, se in trattamento (da quando e con quale farmaco o terapia) e l'eventuale intervento chirurgico subito.				
<i>Quali?</i>	<i>Data diagnosi (indicativa)</i>	<i>In atto?</i>	<i>Se in trattamento, indicare: da quando il farmaco/terapia</i>	<i>Intervento?</i>
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, il /
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, il /
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, il /
9. Ha subito ricoveri o interventi chirurgici anche ambulatoriali (inclusi per parti cesarei e aborti spontanei)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. Indichi la diagnosi, quando accertata e l'eventuale intervento chirurgico subito.				
<i>Diagnosi</i>	<i>Data diagnosi (indicativa)</i>	<i>Intervento?</i>		
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	
/	/	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /	



10. Assume abitualmente farmaci o si sottopone a terapie per patologie non dichiarate nei precedenti punti?
 NO SI Indichi la patologia, quando diagnosticata, da quando è in trattamento e con quale farmaco/terapia e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Patologia	Data diagnosi (indicativa)	Essendo in trattamento, indicare:		Intervento?	
		da quando	il farmaco/terapia		
	/	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
	/	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
	/	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /

11. Ha mai fatto o fa attualmente uso di sostanze stupefacenti? NO SI Indichi quali e da quanto tempo

12. Ha effettuato esami o accertamenti diagnostici con esiti al di fuori della norma, che abbiano rilevato patologie diverse da quelle già dichiarate?
 NO SI. Indichi la patologia, quando diagnosticata, se in atto, se in trattamento (da quando e con quale farmaco/terapia) e l'eventuale intervento chirurgico subito

Patologia	Data Diagnosi (indicativa)	In atto?	Se in trattamento, indicare:		Intervento?	
			da quando	il farmaco/terapia		
	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /

13 Professione dell'Assicurando
 Settore Professione.....
 Svolge la sua attività lavorativa all'estero? NO SI Se SI indichi il paese dove svolge attività lavorativa ovvero il suo principale centro di interesse economico

14 Pratica Sport? NO SI Se SI Specifici SPORT PROFESSIONISTICO NO SI Quale attività?

DOMANDE RILEVANTI PER L'ASSUNZIONE DI UN RISCHIO "VITA"

15 E' esposto a speciali pericoli? NO SI Specifici quali (ad esempio: contatti con materie venefiche od esplosive, con linee elettriche ad alta tensione; lavori che prevedono l'uso di materiale radioattivo, accesso a impalcature, ecc)

Accede a impalcature? NO SI Specifici altezza minore o uguale a 15 metri
 altezza maggiore di 15 metri

16 Prende parte a gare? NO SI Specifici quali (es. automobilistiche, motociclistiche, ciclistiche, ecc.)

17 Pratica volo in qualità di pilota, paracadutismo? NO SI Specifici la pratica

Note/Precisazioni: _____



Il sottoscritto Assicurando, consapevole che le notizie e i dati di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di Reale Mutua e ne determinano le relative condizioni assuntive, dichiara di aver risposto con esattezza ed in modo completo e veritiero al Questionario sopra riportato. Proscioglie dal segreto professionale e legale tutti i medici che possano averlo curato e visitato e le altre persone alle quali Reale Mutua - o i suoi incaricati - credesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data _____, ____/____/____

Visto dell'Agente Procuratore

Firma dell'Assicurando (o di chi ne esercita la potestà)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

Finalità del trattamento dei dati - La informiamo che la raccolta dei Suoi dati personali / sensibili è finalizzata all'assunzione del rischio. Pertanto, in caso di mancato conferimento dei dati richiesti e del relativo consenso al trattamento, non potremo compiere alcuna valutazione del rischio al fine di fornirLe un'adeguata proposta e stipulare un eventuale futuro contratto.

Modalità di trattamento dei dati personali - I Suoi dati saranno trattati dalla nostra società – Titolare del trattamento – con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati. I Suoi dati saranno trattati dalla struttura aziendale di riferimento, nonché dai dipendenti e collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società si potrà avvalere di soggetti terzi che svolgono per conto e secondo le istruzioni della Società stessa, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa.

Comunicazione dei dati a soggetti terzi - I Suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i Suoi dati, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.realemutua.it. I dati personali e sensibili acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

Trasferimento dei dati all'estero - I Suoi dati, forniti con la compilazione del presente questionario anamnestico non saranno trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Diritti dell'interessato (art. 7 del D. Lgs. 196/2003) – Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i Suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, secondo le modalità previste dall'art. 9 del D.Lgs. 196/2003 e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale – Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: buongiorno reale@realemutua.it.

Titolare e Responsabili del trattamento – Il titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni – Via Corte d'Appello, 11 – Torino. L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile al sito internet della Società www.realemutua.it.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, Le ricordiamo che il conferimento dei dati richiesti è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività sopra descritte. Precisiamo che senza i Suoi dati e il Suo consenso al trattamento - mediante l'apposizione della Sua firma in calce - non potremo dar seguito alla valutazione del rischio, ovvero alle Sue richieste.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando (leggibile)

_____, ____/____/____
