

EURA SALUTE - DI PIÙ - MODULO PROPOSTA DI POLIZZA**Europ Assistance Italia S.p.A.**

Sede sociale, Direzione e Uffici: Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - Tel. 02.58.38.41 - www.europassistance.it Capitale Sociale Euro 12.000.000,00 i.v. - Rea 754519 - Partita IVA 00776030157 - Reg. Imp. Milano e C.F.: 80039790151 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18569 del 2/6/93 (Gazzetta Ufficiale del 1/7/93 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.



PREVENTIVO N.

--

QUESTIONARIO ANAMNESTICO 1 ASSICURATO

COGNOME E NOME

Ha praticato negli ultimi 3 anni Elettrocardiogramma, Risonanza magnetica, TAC, PET o altri esami di alta specializzazione? SI NO

Quali esami, in che anno, con che esito:

Ha mai sofferto negli ultimi 3 anni o soffre attualmente di malattie diagnosticate o curate e/o di disturbi ricorrenti o cronici? SI NO

Quali esami, in che anno, con che esito:

E' mai stato ricoverato in Ospedali, Case di cura per malattie e/o interventi chirurgici (diversi da appendicectomia, colecistectomia, ernioplastica, adenotonsilectomia o altri interventi di modesta gravità)? SI NO

Quali, in che anno, con che esito:

Ha mai subito traumi o lesioni accidentali che abbiano comportato ricoveri, interventi chirurgici o conseguenze a distanza? SI NO

Quali, in che anno, con quali conseguenze:

Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali invalidanti della vista, dell'udito, degli arti, o di tipo che richiedono protesi o protesi)?

SI NO

Quali, da che anno, con quali conseguenze:

Fa uso abituale di farmaci per malattie croniche? SI NO

Quali, da che anno, con quali dosaggi:

Ha in previsione ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e/o cicli di terapia farmacologica? SI NO

Quali, quando, e per quale motivo:

Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia? (Nome, Cognome, Indirizzo, Telefono)

Ulteriori considerazioni:

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario formerà parte della integrante della possibile emittenda polizza. Il sottoscritto scioglie altresì dal segreto professionale Medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le persone alle quali Europ Assistance ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni attinenti all'oggetto della possibile emittenda polizza.

FIRMA DELL'ASSICURANDO O SE MINORE DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ
LETTA ED APPROVATA SPECIFICAMENTE

Europ Assistance Italia S.p.A.