

QUESTIONARIO SANITARIO

Nome e cognome dell'assicurando _____ Data di nascita _____

C.F. | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

| | |
|--|---|
| 1. La differenza fra la Sua altezza in cm e il suo peso in kg è inferiore a 80 o superiore a 120? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. E' dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi. | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Infarto miocardico, angina pectoris, valvulopatie difetti valvolari, ipertensione non controllata o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?; | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Diabete, insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee o altre malattie del sistema endocrino-metabolico? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Epatite, pancreatite, colite ulcerosa morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Anemie, emorragie o altre malattie del sangue? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, altre malattie neurologiche o del sistema nervoso? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Ematuria (presenza di sangue delle urine) proteinuria (proteina nelle urine) papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio, polmonite, sindrome acuta respiratoria, insufficienza respiratoria? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV correlate? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| • Malattie dell'apparato muscoloscheletrico? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, cure o esami per cancro, qualsiasi tipo di tumore anche benigno, leucemia, polipi o diverticoli intestinali, malattie linfonodali o ghiandolari, linfomi, malattia di Hodgkin, etc? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma , oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. E' titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Soffre di una malattia per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo regolare e continuativo di oltre 21 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, antistaminici, farmaci per ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia?) | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, automobilismo, motociclismi, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idroski? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <i>Si prega di fornire dettagli complete per ogni risposta affermativa:</i> | |

Data, _____

Firma _____



Crédit Agricole Vita S.p.A.

Società Unipersonale soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia"

Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma - Tel. 0521 912018 - Sede Amministrativa: Via Imperia, 35 - 20142 Milano - Tel. 02 72171311

Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150 - Partita IVA 02886700349

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G.U. del 29/06/90) e iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00090 - Capogruppo del "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 057

www.ca-vita.it - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it