CRÉDIT AGRICOLE VITA

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 ☐ No☐
2. E' dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?	Sì ☐ No☐
3. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie?	
• Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi.**	Sì ☐ No☐
• Infarto miocardico, angina pectoris, valvulopatie difetti valvolari, ipertensione non controllata o altre malattie del cuore o del sistema circolatorio?	Sì ☐ No☐
• Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale o altre malattie dell'apparato cerebrovascolare?;	Sì ☐ No☐
• Diabete, insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi ipercolesterolemia non trattata, alterazioni tiroidee o altre malattie del sistema endocrino-metabolico?	Sì ☐ No☐
• Epatite, pancreatite, colite ulcerosa morbo di Crohn, cirrosi epatica o altre malattie dell'apparato digerente?	Sì ☐ No☐
• Anemie, emorragie o altre malattie del sangue?	Sì ☐ No☐
• Artrite reumatoide, lupus eritematoso o altre malattie sistemiche o immunologiche?	Sì ☐ No☐
• Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, altre malattie neurologiche o del sistema nervoso?	Sì ☐ No☐
• Ematuria (presenza di sangue delle urine) proteinuria (proteina nelle urine) papillomi vescicali, prostatiti o altre malattie dell'apparato genitourinario?	Sì ☐ No☐
• Bronchiti croniche ricorrenti, enfisema o altre malattie croniche dell'apparato respiratorio, polmonite, sindrome acuta respiratoria, insufficienza respiratoria ?	Sì ☐ No☐
• Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV correlate?	
• Malattie dell'apparato muscoloscheletrico?	Sì ☐ No☐
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?**	
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 ☐ No☐
6. E' titolare di una pensione di inabilità o invalidità oppure ha fatto richiesta per ottenerla?	Sì ☐ No☐
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 ☐ No☐
8. Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari?	Sì ☐ No☐
9. Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, automobilismo, motociclismi, motonautica, sport aerei, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci?	Sì ☐ No☐
10. Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	Sì ☐ No☐
Si prega di fornire dettagli complete per ogni risposta affermativa:	

CRÉDIT AGRICOLE VITA

***Si rammenta che con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024 non sarà più possibile richiedere informazioni relative a patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti).**
Si rammenta inoltre, l'entrata in vigore del Decreto del 22 marzo 2024 contenente l'elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli art. 2 comma 1, 3, comma 1, lett. a), e 4, comma 1 della L. n. 193/2023.
Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio.
**** L'assicurando è tenuto a Rispondere NO solo nel caso in cui il ricovero, intervento e/o cure rientrino nelle casistiche previste dalla Legge sull'Oblio. Per tutte le altre patologie o casistiche è tenuto a rispondere adeguatamente".**

Data, _____ Firma _____