

## Questionario per preventivo polizza RIMBORSO SPESE MEDICHE

Nome assicurato .....  
 Cod. fiscale/P.Iva .....  
 Indirizzo .....  
 CAP ..... Città .....  
 Mail ..... Tel ..... Cel .....  
 Professione .....

### Stato di salute dell'assicurato

Ha sofferto in passato di malattie? Se sì indicare quali, in che data e la situazione attuale .....

Ha subito in passato infortuni? Se sì indicare quali, in che data e la situazione attuale .....

Ha subito ricoveri per malattie e/o per infortuni? Se sì indicare n° giorni, in che data e la situazione attuale .....

E' stato sottoposto ad interventi chirurgici con ricovero o ambulatoriali? Se sì indicare quali, in che data e la situazione attuale .....

Soffre attualmente di malattie? Se sì quali, fornire diagnosi/cure .....

Soffre attualmente di postumi da infortuni? Diagnosi, cure .....

E' affetto da imperfezioni fisiche, anomalie congenite, disturbi funzionali della vista, dell'udito, degli arti o di altro tipo? Se sì specificare diagnosi e cure .....

Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, esami? Se sì quali e con che esiti .....

Ha in corso o ha avuto in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio? Se sì indicare l'anno e la compagnia .....

Motivo dell'annullamento .....

Medico curante di famiglia o abituale Dott./ssa.....  
 Indirizzo.....tel.....

**NOTE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IMPORTANTE**

*L'assicurato dichiara , ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del cod. civile, che le risposte fornite sono complete e veritiere. Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS ( art.13). Le malattie e gli infortuni dichiarati, preesistenti al contratto, sono esclusi dalle garanzie(art14). La Società al momento della emissione del contratto si riserva la facoltà di includerli in garanzia, precisando le modalità assuntive. Il Contraente dichiara di aver letto, compreso approvato la nota informativa sul consenso al trattamento dei dati personali disponibile sul sito.*

Luogo e data ..... Firma .....