

Questionario anamnestico

Assicurando (nome e cognome) _____ **Indirizzo E-mail** _____
 Professione _____ Azienda _____
 Data di nascita _____ Convenzione _____
 Codice Fiscale _____ Capitale assicurato € _____

Rispondere alle seguenti domande, segnando una X in corrispondenza della risposta corretta.

Nel caso sia richiesto, fornire breve riscontro. La Compagnia potrà valutare la richiesta solo se il questionario risulta completo in tutte le sue parti.

Resta inteso che, in attesa del completamento del processo assuntivo, l'assicurato deve notificare (laddove ci sia) ogni variazione del suo stato di salute.

1. Altezza: _____ cm Peso: _____ kg			
2. Consuma tabacco/nicotina, alcol o sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: indicare prodotto e quantità media a settimana</i>
3. Al momento attuale è totalmente abile al lavoro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se NO: indicare da quando, motivo, grado e durata dell'incapacità lavorativa</i>
4. Negli ultimi 24 mesi si è dovuto assentare dal lavoro per più di 2 settimane a causa di problemi di salute?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: indicare quando, motivo, durata dell'incapacità lavorativa e indicare i postumi</i>
5. Hai mai sofferto o attualmente soffre di <u>malattie</u> dell'apparato cardiocircolatorio, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, mentali o nervose, malattie dell'apparato urogenitale, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, tumori, diabete, epatite, HIV, COVID o sussistono postumi da <u>infortunio</u> ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: specificare la malattia/infortunio e da quando ne soffre e indicare i postumi</i>
6. Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: specificare quali malattie, per quanto tempo e la tipologia di trattamento medico o farmacologico (se per ipertensione o ipercolesterolemia indicare ultimi valori)</i>
7. Negli ultimi 5 anni ha subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura, salvo il caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, operazione di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni o è previsto un ricovero/ operazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: specificare quali e indicarne i postumi</i>
8. Nella sua famiglia (genitori, fratelli e sorelle, nonni) si sono mai riscontrate malattie del sistema nervoso, malattie cardiache, colpi apoplettici, diabete, cancro o malattie ereditarie prima di 55 anni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: quali malattie e a quante persone?</i>
9. Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, invalidità, malattie gravi) o un'accettazione a condizioni speciali o con sovra premio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Se SI: quando? Motivazione?</i>

10. Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (es. gare automobilistiche e motociclistiche, subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, alpinismo, etc....)?	SI	NO	Se SI: quali?
Nome e indirizzo del medico curante/di famiglia:			

In base alle risposte dell'Assicurando sul proprio stato di salute la valutazione del rischio potrebbe richiedere il supporto di documentazione sanitaria integrativa. In ogni caso la Compagnia si riserva di chiedere ulteriori accertamenti che riterrà necessari, come ad esempio la visita medica

Dichiarazione dell'Assicurando

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, **dichiaro, assumendomi ogni responsabilità**, di essere consapevole che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, e **di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il mio stato di salute**.

Prosciolgo dal segreto professionale, nei confronti della compagnia assicurativa Elips Life Ltd e dei periti dalla stessa nominati, tutti i medici, il personale sanitario ed amministrativo e le strutture sanitarie pubbliche o private coinvolte con riguardo ai dati e alla documentazione medica relativa alle prestazioni sanitarie presenti, passate e future che mi riguardino, ed autorizzo la trasmissione dei suddetti dati e documenti necessari ad Elips Life Ltd per finalità di attivazione della copertura assicurativa, di esecuzione del contratto di assicurazione e di gestione e liquidazione dei sinistri.

Luogo: _____ Data: _____ Firma dell'Assicurando (leggibile): _____

Assicurando (nome e cognome) _____ Data di nascita: _____

Consenso al trattamento dei dati sensibili – da compilare a cura dell'Assicurando

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa Privacy di Elips Life Ltd allegata al Set Informativo e comunque pubblicata sul sito internet della Società nella sezione "Downloads", di cui al Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018)

<input type="checkbox"/> presta il consenso	al trattamento dei dati particolari per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla c.d. Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative), funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.
<input type="checkbox"/> nega il consenso	

Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e particolari, è necessaria ad Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nell'Informativa Privacy. L'eventuale suo rifiuto a fornire le informazioni richieste e/o il mancato consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere alla liquidazione di un eventuale sinistro.

Luogo: _____ Data: _____ Firma dell'Assicurando (leggibile): _____

Inviare il presente modulo alla Compagnia per il tramite dell'Intermediario, o in busta chiusa al seguente indirizzo:

elipsLife Ltd Sede Secondaria Italiana - Ufficio Underwriting - via San Prospero 1, 20121 Milano