

QUESTIONARIO SANITARIO
Copertura assicurativa White Collars Long Term Care per
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO del GRUPPO INTESA SAN PAOLO

Dati Anagrafici Assicurando

Cognome e Nome: _____ Data di nascita: ____/____/____

Sesso: M F Codice Fiscale: _____

Con la qualifica di iscritto al Fondo Sanitario in qualità di :

- Dipendente
 Familiare di dipendente*

* Indicare il nominativo del dipendente _____ e se lo stesso aderisce non aderisce alla copertura LTC

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

BARRARE SI' o NO

1	Ti risulta difficoltoso o impossibile compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirti o svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Hai ricevuto una diagnosi di:	
	Alzheimer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Parkinson	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Altre forme di demenza, senile o su base vascolare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Sclerosi laterale amiotrofica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Sclerosi multipla	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Tumore maligno (cancro), che abbia necessitato di intervento chirurgico e/o trattamento radio e/o chemio terapeutico e/o cure negli ultimi 5 anni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diabete di Tipo I	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Artrite reumatoide	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Glaucoma bilaterale progressivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Sei stato riconosciuto invalido con un grado di invalidità pari o superiore al 66% o ti trovi già in uno stato di non autosufficienza o hai in corso accertamenti allo scopo del riconoscimento di invalidità o di non autosufficienza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Prevedi un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive o per esami biotipici? (NON INDICARE ricoveri avvenuti per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Il sottoscritto Assicurando:

- **dichiara**, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda del questionario sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine al questionario stesso sulla base del quale verrà prestata la copertura e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini dell'adesione alla copertura assicurativa, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;

- **conferma** pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;

- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;

 (Nome e cognome leggibile)

 (Luogo e data)

 (Firma)