

## 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.

1. Altezza: _____ cm    Peso: _____ kg			Riscontro/Motivazione:
2. Consuma tabacco/nicotina, alcol o sostanze stupefacenti? Se SI, indicare prodotto e quantità media a settimana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. Al momento attuale è totalmente abile al lavoro? Se NO, indicare motivo, grado e durata dell'incapacità lavorativa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. Negli ultimi 12 mesi si è dovuto assentare dal lavoro per più di 2 settimane a causa di problemi di salute? Se SI, indicare motivo, grado e durata dell'incapacità lavorativa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. Hai mai sofferto o attualmente soffre di malattie 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 o sussistono postumi da infortunio? Se SI, specificare la malattia e da quando se ne soffre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa? Se SI, specificare quali malattie e per quanto tempo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
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? Se SI, specificare quali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
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? Se SI, quali malattie e a quante persone?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
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? Motivazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10. Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (es. gare automobilistiche e motociclistiche, subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, alpinismo, etc...)? Se SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<u>Nome e indirizzo del medico curante/di famiglia:</u>			

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, preso atto dell'Informativa Privacy del Contraente, di Elips Life Ltd e di AON SpA allegate al modulo di adesione, 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),

presta il consenso

nega il consenso

al trattamento dei propri dati sensibili per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla cd Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative, della Catena di intermediazione del Broker che gestisce le attività tra il Fondo e la Compagnia Assicurativa ed alla Catena Operativa del Fondo Pensione), 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.

**Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e sensibili, è necessaria ad AON SpA ed a Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nel paragrafo B) dell'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 Sua assunzione in copertura e/o alla liquidazione di un eventuale sinistro.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando (leggibile): \_\_\_\_\_

Inviare il presente questionario alla Compagnia per il tramite dell'Intermediario – compilato, firmato ed in formato PDF - al seguente indirizzo di posta elettronica:

[FONDISP@AON.IT](mailto:FONDISP@AON.IT)