

**EURA SALUTE: QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

 N° EURO \_\_\_\_\_ 001  
 (EUR+0+COD PDV+N°REPERTORIO+001)

**A - PARTE ANAGRAFICA DELL'ASSICURANDO**

Assicurando..... nato il.....	docum. id.....
Indirizzo..... Comune.....Prov.....cap.....	
recapiti telefonici ab. ....uff. ....	professione.....
tipologia contratto..... garanzie specialistiche.....	si no
altre assicurazioni malattia, infortunio, vita?	si no
con la Societa'.....	
pregresse assicurazioni malattia e/o infortuni, annullate	si no
con la Societa'..... per quale motivo.....	

**B - INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO**

Peso..... altezza.....	pressione.....
1 Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?	si no
quando perche' esito	
esami del sangue .....	.....
esami delle urine .....	.....
elettrocardiogramma .....	.....
radiografie,tac,rmn .....	.....
ecografie .....	.....
elettroencefalogramma .....	.....
altri.....	.....
2 Ha mai sofferto negli ultimi 3 anni o soffre attualmente di malattie diagnosticate o curate e/o di disturbi ricorrenti o cronici?	si no
quali, quando e con quali conseguenze.....	
3 E' mai stato ricoverato in Ospedali, Case di Cura per malattie e/o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia e parto naturale?	si no
quando, per quale motivo e con quali conseguenze.....	
4 Ha mai subito traumi o lesioni accidentali?	si no
quali, quando e con quali conseguenze.....	
5 Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali della vista, dell'udito, degli arti, o di altro tipo?	si no
quali, da quando e di quale entita'.....	
6 Fa uso abituale di farmaci?	si no
quali,per quale motivo, da quanto tempo e con quali dosaggi.....	
7 Ha in previsione ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e/o cicli di terapia farmacologica	si no
quali, quando e per quale causa.....	
8 Chi e' il suo Medico curante abituale e/o di famiglia?	
Dott./Dott.ssa.....Indirizzo.....	
recapiti telefonici ab. .... st. ....	
9 Ulteriori considerazioni .....	
.....	

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli art.1892,1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed e' consapevole che il presente questionario formerà parte della integrante della possibile emittenda polizza. Il sottoscritto scioglie altresì dal segreto professionale Medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le persone alle quali Europ Assistance ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni attinenti all'oggetto della possibile emittenda polizza

FIRMA DELL'ASSICURANDO O SE MINORE DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA'  
 LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE

.....