

QUESTIONARIO ANAMNESTICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurando)

Avvertenze:

- è necessario compilare accuratamente il presente questionario. In mancanza anche di una sola risposta, AFI ESCA S.A. non è in grado di poter decidere sulla richiesta di ammissione all'assicurazione da parte dell'Assicurando.
- il presente questionario verrà quindi trasmesso ad Afi Esca S.A., nel rispetto delle regole del segreto professionale e nei casi previsti dalle Condizioni generali di assicurazione. E' facoltà dell'Assicurando facilitare l'analisi della propria situazione allegando al presente questionario documenti che si riferiscano alla situazione del proprio stato di salute (es. analisi del sangue, lastre, copia di ricette mediche, ecc.).
- il medico incaricato da Afi Esca S.A. si riserva il diritto di chiedere all'Assicurando eventuali documenti medici complementari.
- le dichiarazioni sotto riportate hanno una validità di 90 giorni.
- prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurando deve verificarne l'esattezza;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese in relazione al questionario sullo stato di salute possono compromettere il diritto alla prestazione stessa;

Il sottoscritto (nome) _____, (cognome) _____, nato il _____, peso _____ Kg, altezza _____ cm, avendo richiesto all'Ente Erogante _____ un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento illustrato nel contratto di Prestito n. _____, mediante cessione di quote della pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche, ai fini dell'assunzione del rischio di premorienza,

dichiara¹

ad Afi Esca S.A. quanto segue (fare una croce nella casella del SI' oppure in quella del NO):

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1) è stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi 5 anni (salvo che per conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale/addominale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, estrazione dentale o chirurgia estetica, parto, deviazione del setto nasale)? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 2) è attualmente in attesa di ricovero, è stato sottoposto negli ultimi 24 mesi a terapia continuativa di oltre 30 giorni e ha malattie in atto, escluse quelle stagionali? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 3) si è sottoposto negli ultimi 5 anni a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, radiografie, mammografie, biopsie) che abbiano dato esito fuori dalla norma? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 4) è in attesa di effettuare visite specialistiche, esami clinici o di ricevere esiti di esami effettuati recentemente, diversi da quelli di routine (es. controllo colesterolemia, controllo glicemia, visite oculistiche, visite ginecologiche, ecc.)? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 5) soffre o ha sofferto di tumori, leucemia, linfonodi ingrossati, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardio, aneurisma, emorragia cerebrale, epatite (HBC, HBV), cirrosi epatica, obesità, disturbi al pancreas o all'intestino, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio (asma, salvo rinite allergica, o bronchite cronica, enfisema) o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV, AIDS? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 6) percepisce pensione o assegno d'invalidità o una rendita per incapacità al lavoro per infortunio/malattia e/o ha presentato domanda a seguito di una patologia di lunga durata per ottenere tali trattamenti? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 7) fuma più di 20 sigarette al giorno o beve abitualmente alcoolici anche al di fuori dei pasti principali? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| 8) è pienamente consapevole della propria situazione sanitaria e ritiene quindi di poter procedere autonomamente alla compilazione del presente questionario, senza consultarsi con il proprio Medico curante? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |

Il sottoscritto Assicurando conferma che le dichiarazioni e le risposte rese sono scrupolosamente veritiere, precise e complete e riconosce tali dichiarazioni quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società. In caso contrario, il sottoscritto è consapevole che potrà essere compromesso il diritto alla prestazione.

Il sottoscritto Assicurando esenta dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzando fin d'ora Afi Esca S.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici*.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurando _____

* Per consentire ad Afi Esca S.A. il recupero delle informazioni cliniche relative all'Assicurato **si chiede di riportare di seguito i dati relativi al Medico Curante:**

Nome _____ Cognome _____ Città _____

Telefono _____ E-mail _____

¹ Nel caso di risposta "SI'" anche ad una sola delle domande comprese fra la nr. 1 e la nr. 7, o di risposta "NO" alla domanda nr 8 del presente questionario, l'Assicurando dovrà produrre, in allegato al presente modulo, il Rapporto di Visita Medica (allegato S3) debitamente compilato, timbrato e firmato dal Medico Curante. L'omissione di tale documento comporterà la non validità della richiesta di copertura assicurativa. La valutazione della risposta alla domanda numero 7 è a discrezione della Compagnia in funzione del quadro generale.