



Per informazioni leggere:  
Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia  
PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it - Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato  
Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P.IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311  
Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025  
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,  
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

Agenzia		Codice	
Questionario n°	Ramo	Numero polizza	

## QUESTIONARIO SANITARIO

Mod. - 9024

Che costituisce parte integrante della polizza a fianco indicata

### Dichiarazioni dell'Assicurato

Cognome e Nome	Data di nascita	Provincia di residenza	Sesso M/F	Codice Fiscale
----------------	-----------------	------------------------	-----------	----------------

### PRECEDENTI ASSICURATIVI

Ha o ha avuto polizze di assicurazione Infortuni o Malattie: ☐ SI ☐ NO Se sì, indicare quali e presso quali Compagnie compilando la tabella seguente

Polizze	In corso	Cessate	
		Per disdetta della Assicurato	Per disdetta della Compagnia
Infortuni			
Invalidità permanente da malattia			
Rimborso spese mediche			
Diaria da ricovero			

### ANAMNESI FISIOLOGICA

Costituzione: altezza cm.	Peso Kg.	Pressione arteriosa: Minima:	Massima:
---------------------------	----------	------------------------------	----------

### ANAMNESI PATOLOGICA

		Specificare: natura della lesione, la sede anatomica colpita e le conseguenze	Data
Traumi ed infortuni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		Specificare: tipologia della malattia e/o dell'eventuale intervento chirurgico	Data
Ricoveri e/o day hospital e/o day surgery <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

### ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI TRE ANNI

	SI	NO	Esito/Valori	Data
A) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
B) Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
C) Radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
D) Esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
E) Esami delle urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
F) Markers Epatiti B - C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
G) Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
H) Ecografie - Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
I) TAC - RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
L) Altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

1) Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbricola, sudori notturni, perdita anormale di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Natura dei disturbi		Data
2) Ha sofferto o soffre di malattie o patologie:			Natura della malattia	Data	Natura della malattia
a) dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Gastrite <input type="checkbox"/> 2. Esofagite <input type="checkbox"/> 3. Ulcera gastrica o duodenale <input type="checkbox"/> 4. Ascessi – Fistole perianali <input type="checkbox"/> 5. Diverticoli - Ernie	<input type="checkbox"/> 6. Cirrosi epatica <input type="checkbox"/> 7. Calcolosi biliare <input type="checkbox"/> 8. Epatite - Pancreatite <input type="checkbox"/> 9. Tumori <input type="checkbox"/> 10. Altre.....		
b) dell'apparato cardio-circolatorio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Angina pectoris <input type="checkbox"/> 2. Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> 3. Infarto <input type="checkbox"/> 4. Pericardite <input type="checkbox"/> 5. Vizi valvolari <input type="checkbox"/> 6. Arteriosclerosi	<input type="checkbox"/> 7. Aneurismi - Arteriti <input type="checkbox"/> 8. Ipertensione <input type="checkbox"/> 9. Tromboflebiti <input type="checkbox"/> 10. Emorroidi <input type="checkbox"/> 11. Varici <input type="checkbox"/> 12. Altre.....		
c) del sangue?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Anemie <input type="checkbox"/> 2. Emofilia	<input type="checkbox"/> 3. Tumori, leucemie, linfomi <input type="checkbox"/> 4. Altre.....		
d) dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Bronchite cronica <input type="checkbox"/> 2. Asma bronchiale <input type="checkbox"/> 3. Tubercolosi <input type="checkbox"/> 4. Enfisema	<input type="checkbox"/> 5. Pneumotorace <input type="checkbox"/> 6. Difficoltà alla respirazione nasale <input type="checkbox"/> 7. Tumori <input type="checkbox"/> 8. Altre.....		
e) del sistema nervoso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Traumi cranici <input type="checkbox"/> 2. Commozioni cerebrali <input type="checkbox"/> 3. Epilessia <input type="checkbox"/> 4. Morbo di Parkinson <input type="checkbox"/> 5. Sclerosi multipla a placche	<input type="checkbox"/> 6. Paralisi <input type="checkbox"/> 7. Nevrosi <input type="checkbox"/> 8. Paranoia, depressione, ecc. <input type="checkbox"/> 9. Tumori <input type="checkbox"/> 10. Altre.....		
f) dell'apparato locomotore? (articolazioni – ossa?)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Artrite reumatoide <input type="checkbox"/> 2. Artrosi <input type="checkbox"/> 3. Osteoporosi <input type="checkbox"/> 4. Ernia del disco <input type="checkbox"/> 5. Lesioni meniscali o ai legamenti	<input type="checkbox"/> 6. Lussazioni <input type="checkbox"/> 7. Sciatica, sciatalgia <input type="checkbox"/> 8. Scoliosi <input type="checkbox"/> 9. Tumori <input type="checkbox"/> 10. Altre.....		
g) dell'apparato locomotore (muscoli – tendini)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Tendiniti – Rottura tendini <input type="checkbox"/> 2. Distrofie muscolari – Miastenia	<input type="checkbox"/> 3. Ernie addominali <input type="checkbox"/> 4. Altre.....		
h) del sistema endocrino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Diabete mellito <input type="checkbox"/> 2. Alterazioni tiroidee	<input type="checkbox"/> 3. Tumori <input type="checkbox"/> 4. Altre.....		
i) dell'apparato urinario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Coliche renali <input type="checkbox"/> 2. Nefriti <input type="checkbox"/> 3. Glomerulonefriti <input type="checkbox"/> 4. Calcolosi renale	<input type="checkbox"/> 5. Ptosi renale <input type="checkbox"/> 6. Cisti renali <input type="checkbox"/> 7. Tumori <input type="checkbox"/> 8. Altre.....		
l) dell'apparato genitale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Prolasso uterino/vaginale <input type="checkbox"/> 2. Fibromi uterini - Fibromioma <input type="checkbox"/> 3. Cisti ovariche/trombe uterine <input type="checkbox"/> 4. Cisti o noduli al seno <input type="checkbox"/> 5. Malformazioni	<input type="checkbox"/> 6. Malattie della prostata <input type="checkbox"/> 7. Fimosi <input type="checkbox"/> 8. Varicocele – Idrocele <input type="checkbox"/> 9. Tumori <input type="checkbox"/> 10. Altre.....		
m) dell'apparato uditivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Disturbi uditivi <input type="checkbox"/> 2. Otitis	<input type="checkbox"/> 3. Malattie del labirinto <input type="checkbox"/> 4. Altre.....		
n) dell'apparato visivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1. Malattie della retina (retinite, distacco, ecc.) <input type="checkbox"/> 2. Cataratta <input type="checkbox"/> 3. Glaucoma	<input type="checkbox"/> 4. Difetti visivi (miopia, astigmatismo, ecc.) <input type="checkbox"/> 5. Traumi oculari <input type="checkbox"/> 6. Altre.....		
o) altre malattie o patologie (specificare)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

3) Ha imperfezioni fisiche o funzionali? (Quali a titolo esemplificativo: alluce valgo, dito martello, deviazione setto nasale, ipertrofia dei turbinati, ecc)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? ..... .....			
4) Sta attualmente seguendo cure mediche o prendendo medicinali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? .....	Per quale motivo? .....		
		Pensione			Data
5) Le è stata riconosciuta pensione di invalidità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Civile	<input type="checkbox"/> INPS	<input type="checkbox"/> INAIL	<input type="checkbox"/> Altro ..... .....

<b>MEDICO CURANTE</b>		
Cognome e Nome.....	Indirizzo.....	Tel.....

<b>PATOLOGIE SOFFERTE</b>		
<b>1) Patologie ininfluenti comprese in garanzia</b> - Fermi i termini di aspettativa previsti dall'Art..... <b>Termini di Aspettativa</b> delle Condizioni di Assicurazione, sono comprese nelle garanzie di polizza le patologie - ancorché insorte prima della stipula della presente polizza e purché dichiarate - riportate nell'elenco seguente:		
<b>PATOLOGIE ININFLUENTI</b>		
<b>Aborto</b> traumatico (conseguenza di infortunio) risolto/guarito senza postumi. <b>Adenoidi</b> (adenoidite) guarite od operate senza postumi. <b>Anemia mediterranea</b> (Talassemia minima – Microcitemia). <b>Appendicite</b> operata. <b>Ascesso-foruncolo del condotto uditivo</b> guarito senza postumi. <b>Blefarite</b> guarita senza postumi. <b>Bronchite acuta</b> guarita senza postumi. <b>Bronco-polmonite acuta</b> guarita senza postumi. <b>Calazio</b> (orzaio) guarito senza postumi. <b>Calcosi della colecisti</b> guarita senza postumi. <b>Cataratta</b> (operata ad entrambi gli occhi) guarita senza postumi. <b>Cistite</b> (infiammazione della vescica) guarita senza postumi. <b>Cistocele</b> operato e guarito senza postumi. <b>Congiuntivite</b> guarita senza postumi. <b>Difterite</b> guarita senza postumi. <b>Epatite virale tipo A</b> (pregressa) guarita.	<b>Faringe-ascenso</b> (operato) guarito senza postumi. <b>Faringite</b> (infiammazione della faringe) guarita senza postumi. <b>Fimosi</b> operata. <b>Gastroenterite</b> guarita senza postumi. <b>Glossite</b> (infiammazione della lingua) guarita senza postumi. <b>Idrocele</b> operato e guarito senza postumi. <b>Iridociclite</b> (infiammazione dell'iride) guarita senza postumi. <b>Laringite acuta</b> (infiammazione della laringe) guarita senza postumi. <b>Meniscopatia</b> operata. <b>Orchiepidimite</b> guarita senza postumi. <b>Parotite</b> guarita senza postumi. <b>Parto cesareo</b> pregresso. <b>Periostite</b> guarita senza postumi. <b>Polipi uretrali</b> (benigni) operati e guariti senza postumi. <b>Polmonite</b> guarita senza postumi.	<b>Rinite</b> non allergica. <b>Rottura del tendine</b> o disinserzione (operata) guarita senza postumi. <b>Sclerite</b> (infiammazione della sclerotica) guarita senza postumi. <b>Sinusite</b> (frontale-mascellare) guarita senza postumi. <b>Stomatite</b> guarita <b>Tonsille-ascenso</b> (operato) guarito senza postumi. <b>Tonsillite</b> (infiammazione delle tonsille) guarita senza postumi. <b>Tracheite</b> (infiammazione della trachea) guarita senza postumi. <b>Tracheo-bronchite</b> guarita senza postumi. <b>Trauma cranico</b> lieve guarito senza postumi. <b>Tumore benigno della bocca</b> (epulide) operato e guarito senza postumi. <b>Tumore della vagina</b> (benigno) operato e guarito senza postumi.
<b>2) Patologie escluse dalla garanzia</b> - Sono escluse dalle garanzie di polizza le patologie dichiarate dall'Assicurato nel presente questionario sanitario, nonché conseguenze, derivate e recidive delle stesse, anche ad eventuale integrazione del capitolo "Le limitazioni" di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione;		
<b>3) Patologie che la Società comprende espressamente in garanzia</b> - Sono altresì comprese nelle garanzie di polizza le patologie – ancorché insorte prima della stipula della presente polizza e purché dichiarate - che la Società accetta espressamente di voler comprendere in garanzia con patto speciale.		
<b>DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO</b>		
Il Sottoscritto dichiara: 1) che le risposte suindicate sono esatte e veritiere, assumendone la piena responsabilità; 2) di riconoscere che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore e che sono portate a conoscenza del Contraente <u>per una corretta conclusione del contratto</u> (Per maggiori informazioni, si fa riferimento all'informativa privacy allegata alla documentazione contrattuale) ; 3) di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. Il Sottoscritto proscioglie dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che lo hanno visitato o curato, gli Enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi tramite suoi incaricati per informazioni Emesso nel luogo e nel giorno di emissione della polizza		
<b>L'ASSICURATO</b> (se minore chi ne esercita la potestà) Data.....		

<b>Ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle clausole che precedono: 1) Patologie ininfluenti com prese in garanzia; 2) Patologie escluse dalla garanzia; 3) Patologie che la Società comprende espressamente in garanzia; e di accettarle, approvandole specificatamente con la presente sottoscrizione</b>
<b>L'ASSICURATO</b> (se minore chi ne esercita la potestà) .....

<b>Consenso al trattamento delle categorie dei dati particolari di dati personali, relativi allo stato di salute (cd. dati sensibili), ai sensi della normativa sulla protezione dei dati personali ("privacy")</b> Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata nel Mod. 9045 - allegata alla documentazione contrattuale A) Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa 1. acconsento al trattamento dei miei dati personali sensibili per le finalità assicurative.
<b>L'ASSICURATO</b> (se minore chi ne esercita la potestà) .....

In riferimento alle informazioni suindicate, è stato sottoscritto il contratto n. .... (Mod. ....)
Presso l'Agenzia di ..... (Cod. ....)