

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

QUESTIONARIO PER INFORTUNI

1. **Peso (kg)** Chilogrammi
2. **Attività extraprofessionali o sportive**
3. **Qual è la tua altezza attuale?** Metri/Centimetri
4. **Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?**
 - SI
 - NO
5. **Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?**
 - SI
 - NO
6. **Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:**
 - Nessuna
 - AIDS o HIV
 - Cervello, midollo spinale o neuropatie
 - Polmoni o respirazione
 - Allergie o disturbi del sistema immunitario
 - Vescica, reni, prostata o tratto urinario
 - Sangue
 - Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo
 - Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo
 - Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare
 - Attacco ischemico transitorio (TIA)
 - Diabete

- Dipendenza da droga o da alcool
- Orecchie, naso, gola o bocca
- Occhi
- Cuore, vene o vasi sanguigni
- Epatite
- Ormoni, ghiandole o metabolismo
- Infezioni o virus
- Infortuni o avvelenamenti
- Intestino, esofago o stomaco
- Fegato, dotto biliare o colecisti
- Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive
- Altra patologia o disturbo

7. A quanti dei vostri familiari (padre, madre, fratello, sorella) è stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?

8. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?

- SI
- NO

9. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?

- SI
- NO

10. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?

- SI
- NO

Firma _____