QUESTIONARIO SANITARIO
Copertura assicurativa White Collars Long Term Care

Dati Anagrafici Assicurando

Cognome e Nome: Data di nascita: _/_ / _

Sesso: M □ F □ Codice Fiscale: _

Con la qualifica di:
□ Dipendente
□ Familiare di 1° grado di dipendente*

* Indicare il nominativo del dipendente _____e se lo stesso □ aderisce □ non aderisce alla copertura LTC

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

BARRARE SI' o NO

1	Ti risulta difficoltoso o impossibile compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirti o svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare?	SI □ NO □
2	Hai ricevuto una diagnosi di:	
	Alzheimer	SI □ NO □
	Parkinson	SI □ NO □
	Altre forme di demenza, senile o su base vascolare	SI □ NO □
	Sclerosi laterale amiotrofica	SI □ NO □
	Sclerosi multipla	SI □ NO □
	Ictus o cardiopatie ischemiche con postumi invalidanti	SI □ NO □
	Tumore maligno (cancro), che abbia necessitato di intervento chirurgico e/o trattamento radio e/o chemio terapico e/o cure negli ultimi 5 anni	SI □ NO □
	Diabete di Tipo I	SI □ NO □
	Artrite reumatoide	SI □ NO □
	Glaucoma bilaterale progressivo	SI □ NO □
3	Sei già titolare di un assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità da parte dell'ente previdenziale o assistenziale o hai in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità o dell'inabilità?	SI □ NO □
4	Prevedi un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive o per esami bioptici? (NON INDICARE ricoveri avvenuti per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).	SI □ NO □

Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda del questionario sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine al questionario stesso sulla base del quale verrà prestata la copertura e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini dell'adesione alla copertura assicurativa, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;

- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;

- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;

_____ _____ _____
(Nome e cognome leggibile) (Luogo e data) (Firma)