

Questionario per la Polizza Assicurativa Malattia

1. Dati Anagrafici del Contraente

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Codice Fiscale:

Indirizzo di Residenza:

Contatti (telefono, email):

2. Condizioni di Salute Generali

Attualmente gode di buona salute?

- Sì
- No (Se No, specificare la condizione attuale)

Ha avuto malattie o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni?

- Sì (Se Sì, fornire dettagli: tipo di malattia o intervento, anno, cure ricevute)
- No

3. Stile di Vita

Fuma o ha mai fumato? (Specificare la quantità e per quanto tempo)

- Mai
- Ex fumatore
- Attualmente fumatore

Consuma regolarmente alcolici? Se sì, quanti drink a settimana?

- Sì (Specificare quantità)
- No

Svolge regolare attività fisica?

- Sì (Specificare tipo e frequenza)

- No

4. Condizioni Mediche Pgresse

Ha mai sofferto di malattie croniche o condizioni mediche che richiedono trattamenti a lungo termine? (Es. diabete, ipertensione, problemi cardiaci, ecc.)

- Sì (Specificare il tipo di malattia)

- No

5. Assistenza Medica e Ricoveri

Ha mai richiesto o ricevuto assistenza ospedaliera o ambulatoriale per patologie significative negli ultimi 5 anni?

- Sì (Specificare motivo e durata del ricovero o trattamento)

- No

6. Assicurazioni Precedenti

Ha avuto in passato una polizza assicurativa malattia o una copertura simile?

- Sì (Specificare con quale compagnia e il tipo di copertura)

- No

Ha mai subito rifiuti o limitazioni nella sottoscrizione di polizze assicurative in passato?

- Sì (Specificare la ragione)

- No

7. Esigenze Specifiche

Quali tipologie di copertura malattia desidera includere nella polizza? (Selezionare tutte quelle applicabili)

- Ricoveri ospedalieri

- Interventi chirurgici

- Cure mediche specialistiche

- Diagnosi precoce di malattie

- Cure dentali

- Assistenza a lungo termine o invalidità

Ci sono particolari malattie o rischi che desidera coprire in modo prioritario? (Es. malattie gravi, incidenti, ecc.)

8. Informazioni sui Beneficiari

Desidera nominare beneficiari specifici per l'indennizzo in caso di decesso?

- Sì (Fornire i dati dei beneficiari: nome, cognome, codice fiscale, rapporto con il contraente)

- No

9. Note Aggiuntive

Ha altre informazioni rilevanti che ritiene importante segnalare per la valutazione della polizza?