

Assicurazione sanitaria supplementare

Questionario medico

Titolare singolo: Cognome - Nome

Persona da assicurare: Cognome - Nome

Indirizzo

Data di nascita (g - m - a)

- -

Sesso

M F

Organizzazione o istituzione

Nazionalità

1. La preghiamo di fornirci le seguenti informazioni:

- pressione sanguigna (se nota)

max

min

- peso (kg)

altezza (cm)

2. Descriva il suo stato di salute attuale

3. Soffre di qualche patologia fisica o mentale cronica?

Sì No

Se sì, specifichi:

Beneficia di un rimborso totale da parte del JSIS?

Sì No

Se sì, sulla base di quale patologia?

4. È stato sottoposto a interventi chirurgici o trattamenti medici (negli ultimi 10 anni)?

Sì No

Se sì, specifichi la/e data/e, la natura dell'intervento o del trattamento e le conseguenze per il suo stato di salute.

5. Nei prossimi 6 mesi, avrà necessità

- di essere ricoverato?

Sì, indichi la ragione.

No

- di essere sottoposto a un intervento chirurgico?

Sì, descriva qui di seguito la natura dell'intervento e la diagnosi.

No

6. Attualmente sta seguendo un trattamento medico (farmacologico o altro)?

Sì No

Se sì, specifichi il trattamento e la ragione.



Attualmente sta seguendo un trattamento paramedico (fisioterapia, osteopatia, logopedia)? Sì No

Se sì, specifichi il trattamento e la ragione.

È in stato di gravidanza? Sì No

Se sì, qual è la data presunta del parto (se già nota)?

Accetto i termini e le condizioni. Certifico che le informazioni sopra indicate sono, al meglio della mia conoscenza e consapevolezza, corrette e veritiere. L'emissione di richieste di rimborso false, la fornitura di informazioni fuorvianti o l'omissione di informazioni pertinenti sono un reato punibile per legge. Con la presente dichiaro di avere letto e compreso integralmente l'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/it/privacy>). Se fornisco a Cigna informazioni personali riguardanti terzi, sono tenuto a portarli a conoscenza dell'Informativa sulla protezione dei dati personali di Cigna.

Firmato

Data

Firma della persona da assicurare, preceduta dalla menzione manoscritta: 'Letto e approvato'