

**AVVERTENZE:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Aderente in qualità di Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente in qualità di Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

**PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO**

1) Ai suoi genitori, fratelli e sorelle sono state riscontrate malattie tra quelle indicate? No  Sì

	Padre	Madre	Fratello	Fratello	Sorella	Sorella	Precisazioni
Malattie dismetaboliche (diabete, gotta, ecc.)	<input type="checkbox"/>	_____					
Malattie nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	_____					
Malattie cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/>	_____					
Tumori maligni	<input type="checkbox"/>	_____					

I genitori sono deceduti? No  Sì

A quale età e per quale causa? Padre \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_

2) Ha praticato negli ultimi cinque anni accertamenti diagnostici? No  Sì

	Esito		Motivazioni
	Normale	Non normale	
Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esami dell'urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ricerca antigeni	HIV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	AU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3) E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale? No  Sì

Per quali cause? \_\_\_\_\_  
 Dove? \_\_\_\_\_  
 Quando? \_\_\_\_\_  
 Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

4) Ha sofferto o soffre di malattie

**Dell'apparato respiratorio?**No  
Si  

	Anno	Durata	Precisazioni
Asma <input type="checkbox"/>			
Bronchite <input type="checkbox"/>			
Enfisema <input type="checkbox"/>			
Pleurite <input type="checkbox"/>			
Tbc <input type="checkbox"/>			
Tumori <input type="checkbox"/>			
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>			

**Dell'apparato cardiocircolatorio?**No  
Si  

	Anno	Durata	Precisazioni
Infarto <input type="checkbox"/>			
Angina pectoris <input type="checkbox"/>			
Ipertensione <input type="checkbox"/>			
Valvulopatie <input type="checkbox"/>			
Arteriopatie <input type="checkbox"/>			
Varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/>			
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>			

**Dell'apparato digerente?**No  
Si  

	Anno	Durata	Precisazioni
Gastroduodenite <input type="checkbox"/>			
Ulcera gastroduodenale <input type="checkbox"/>			
Coliti ulcerose <input type="checkbox"/>			
Epatite virale <input type="checkbox"/>			
Cirrosi epatica <input type="checkbox"/>			
Calcolosi biliare <input type="checkbox"/>			
Tumori <input type="checkbox"/>			
Altre malattie e disturbi <input type="checkbox"/>			

**Dell'apparato uro-genitale?**No  
Si  

	Anno	Durata	Precisazioni
Nefriti <input type="checkbox"/>			
Calcolosi <input type="checkbox"/>			
Tumori <input type="checkbox"/>			
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>			

**Del sistema nervoso e della psiche?**No  
Si  

	Anno	Durata	Precisazioni
Epilessia <input type="checkbox"/>			
Nevrosi <input type="checkbox"/>			
Paralisi <input type="checkbox"/>			
Tumori <input type="checkbox"/>			
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>			

**Del sistema endocrino-metabolico?**No  Sì 

	Anno	Durata	Precisazioni
Diabete <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Dislipidemia <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alterazione della tiroide <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alterazione del surrene <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Dell'apparato osteo-articolare?**No  Sì 

	Anno	Durata	Precisazioni
Artriti <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Artrosi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Del sangue?**No  Sì 

	Anno	Durata	Precisazioni
Anemie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Leucemie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**5) E' stato sottoposto a terapia radiante?**No  Sì 

Anno	Tipo e durata	Precisazioni
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**6) Ha imperfezioni fisiche o disturbi mentali?**No  Sì 

Quali e da quando

Della vista <input type="checkbox"/>	_____
Dell'udito <input type="checkbox"/>	_____
Degli arti <input type="checkbox"/>	_____
Altri <input type="checkbox"/>	_____

**7) Ha subito traumi o lesioni accidentali?**No  Sì 

Quali e quando

Del cranio <input type="checkbox"/>	_____
Degli organi di senso <input type="checkbox"/>	_____
Degli arti <input type="checkbox"/>	_____
Di altre localizzazioni <input type="checkbox"/>	_____

8) **E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?** No  Si

Motivo ed epoca \_\_\_\_\_

9) **Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente, di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?** No  Si

Sintomi di cui soffre o ha sofferto \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10) **Fa uso di alcoolici o tabacco?** No  Si

Quanto e da quando? \_\_\_\_\_

11) **Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?** No  Si

Quali? \_\_\_\_\_

Quando l'ultima volta? \_\_\_\_\_

12) **Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?** No  Si

		Anno	Infermità	Precisazioni
Per infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Per malattie professionali	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Per cause di servizio	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

13) **E' stato riformato alla visita per il servizio militare?** No  Si

Motivo \_\_\_\_\_

14) *(per le donne)*

**Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?** No  Si

Quali? \_\_\_\_\_

**E' incinta?** No  Si

Mese di gravidanza \_\_\_\_\_

**Ha malattie delle mammelle?** No  Si

Quali? \_\_\_\_\_

15) **Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia?**

Generalità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

16) Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno?

No    Sì  
  

Di quanto? \_\_\_\_\_

17) Eventuali altre comunicazioni dell'assicurato

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valorizzazione del rischio da parte della Società.***

***Dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'Aderente in qualità di Assicurato credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo in particolare che tali informazioni siano dall'Aderente in qualità di Assicurato stesso comunicate ad altre persone od enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.***

HO LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE QUANTO SOPRA

L'Aderente

Il Medico

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma leggibile

\_\_\_\_\_  
Data

**PARTE II: ESAME OBIETTIVO**

Aspetto fisico – costituzione

			Precisazioni
Altezza	cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
Peso	kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
Pressione arteriosa (*)	max	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
	min	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>
Frequenza cardiaca	cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<hr/>

(\*) Se il valore rilevato con la prima misurazione appare non normale, ripetere la misurazione dopo almeno 10 minuti.

	Normale		Motivazioni
	Si	No	
Rapporto altezza/peso (cm/kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
1) Cute e mucose visibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2) (per le donne): ghiandole mammarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
3) Masse muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
4) Sistema linfonodale superficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
5) Stato della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
6) Apparato osteo-articolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
7) Apparato respiratorio			
- Prime vie aeree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
8) Apparato cardiovascolare			
- Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
9) Apparato digerente			
- Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Addome (fegato e palpazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Milza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
10) Apparato uro-genitale			
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
11) Sistema nervoso e organi di senso			
- Motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
- Sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

- Udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Olfatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12) Esame delle urine			
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Conclusioni:**

Diagnosi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Giudizio prognostico

BUONO

MEDIOCRE

SFAVOREVOLE

Occorrerebbero ulteriori esami per l'esatta valutazione del rischio? No  Sì

Quali? \_\_\_\_\_

**Valutazione del rischio ai fini della eventuale concessione dell'assicurazione complementare di invalidità:**

FAVOREVOLE

FAVOREVOLE, CON L'ESCLUSIONE  
DELL'APPARATO:

uditivo

visivo

osteo-articolare

altri

NON FAVOREVOLE, PER LE SEGUENTI  
MOTIVAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio dato, rimette questo rapporto in busta chiusa sopra firmata all'Agente perché la trasmetta alla Direzione Generale della Società.

Comune \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

In cui è stata eseguita la visita

Il Medico

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma leggibile

\_\_\_\_\_  
Domicilio