

# Rapporto Medico

Da compilarsi preferibilmente a cura del Medico di base

## DATI PERSONALI DELL'ASSICURANDO

|  |          |                  |
|--|----------|------------------|
| Nome:  | Cognome: | Data di nascita: |
| Professione:   |          |                  |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente | Numero:  |                  |

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE E CONFERMATE DAL MEDICO – Per ogni risposta affermativa si prega di fornire dettagli

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici dai quali siano emersi valori o esiti fuori dalla norma?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> elettrocardiogramma<br><input type="checkbox"/> radiografie<br><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG<br><input type="checkbox"/> ecografie<br><input type="checkbox"/> esami del sangue<br><input type="checkbox"/> mammografie<br><input type="checkbox"/> analisi delle urine<br><input type="checkbox"/> fundus oculare<br><input type="checkbox"/> markers dell'epatite<br><input type="checkbox"/> test HIV<br><input type="checkbox"/> altri | Motivo, quando ed esito:                            |
| 2. È mai stato ricoverato negli ultimi 10 anni in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi:  |   |
| 3. Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia o altri tipi di terapia oncologica?  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando:   |   |
| 4. È invalido? Fruisce di pensione di invalidità e/o inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro<br><input type="checkbox"/> per malattie professionali<br><input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive<br><input type="checkbox"/> altre   | Da quando, grado di infermità, parte o organo leso: |
| 5. Ha in previsione un ricovero ospedaliero o è attualmente in attesa di effettuare visite specialistiche o esami clinicostrumentali?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | Motivo e quando:  |   |
| 6. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia:   |   |
| 7. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  | Tipo, quantità, periodo:  |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 8. Fa uso o ha fatto uso di alcolici?  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No   | Tipo e consumo:  |
| 9. Fuma o ha mai fumato?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No   | Quantità:<br>Se ha fumato in passato indicare quando ha smesso, motivo e quantità al giorno: |
| 10. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dell'apparato respiratorio</li> <li>▪ dell'apparato cardiocircolatorio</li> <li>▪ dell'apparato digerente</li> <li>▪ dell'apparato genitourinario</li> <li>▪ dell'apparato muscoloscheletrico</li> <li>▪ del sistema nervoso o neurologico</li> <li>▪ dell'apparato endocrinometabolico</li> <li>▪ del sangue</li> <li>▪ altre malattie croniche</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi:                         |
| 11. Costituzione fisica e pressione arteriosa misurate dal Medico<br>Altezza (cm) _____ Peso (kg) _____<br>Pressione arteriosa: sistolica _____ diastolica _____   |   |  |
| 12. Nome, cognome e indirizzo del Medico di base (se diverso da quello che esegue la visita):  |   |  |

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ha sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. L'Assicurando proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano averlo curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

**Ho letto ed approvo quanto sopra.**

|      |                   |
|------|-------------------|
| Data | Firma Assicurando |
|------|-------------------|

Il Medico certifica che, per quanto di sua conoscenza, le suddette dichiarazioni rese dal paziente Sig. \_\_\_\_\_ corrispondono a verità.

Con riferimento alla richiesta di copertura assicurativa per decesso inoltrata dalla Compagnia, il Medico dichiara che:

- lo stato di salute dell'Assicurando è:  Buono  Mediocre  Sfavorevole
  - per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami:  Sì  No
- In caso affermativo si prega di indicare quali e il motivo:

---



---



---



---

Nome e cognome del Medico che ha effettuato la visita, indirizzo dello studio medico e recapito telefonico:

Si prega di indicare da quale anno l'Assicurando è Suo assistito:

|  |   |
|--|---|
| Data in cui è stata eseguita la visita | Firma e timbro del Medico che ha effettuato la visita |
|--|---|