



				PRECISAZIONI COMPLEMENTARI
<b>7</b>	NEGLI ULTIMI 5 ANNI			Epoca, durata, motivo, risultato _____ _____ _____
	• Ha subito ricoveri ospedalieri per più di 5 giorni consecutivi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Si è sottoposto ad accertamenti sanitari (salvo quelli previsti dalla normativa di cui alla medicina del lavoro) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Ha subito radioterapia e/o chemioterapia e/o immunoterapia e/o cobaltoterapia ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>8</b>	Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie:			Natura dell'affezione, epoca di insorgenza, eventuali complicazioni e disturbi associati: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	• dell'apparato cardiovascolare,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• dell'apparato digerente,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• dell'apparato respiratorio,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• del sistema nervoso o psichico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• dell'apparato uro-genitale,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• del sistema endocrino-metabolico,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• neuropsichica,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• dell'apparato osteo-articolare,	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• degli organi di senso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• tumorale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	o di altre malattie non elencate ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>9</b>	Si avvale attualmente dell'assistenza di una terza persona per:			Precisare: _____ _____ _____ Precisare l'entità della distanza percorsa _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	• alzarsi e/o sedersi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• lavarsi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• vestirsi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• preparare i pasti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• alimentarsi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• muoversi all'interno della sua abitazione ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• spostarsi all'esterno della stessa ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Vive da solo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Provvede ai propri acquisti da solo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestisce i propri conti da solo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Svolge attività associative ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Pratica qualche sport ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>10</b>	<b>IMPORTANTE</b>	<b>Parere del Medico curante sullo stato di salute dell'assicurato:</b>		
	_____			
	_____			

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., che le notizie contenute nel presente questionario, da Lui rese in collaborazione con il medico curante, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Dichiara, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende Sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni ed atti sanitari siano, dall'Assicuratore stesso, comunicati e sottoposti all'esame di persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Autorizzo altresì il medico visitatore ad inoltrare il presente rapporto di visita medica in busta chiusa alla Direzione della Società.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

