

				PRECISAZIONI COMPLEMENTARI
7	NEGLI ULTIMI 5 ANNI <ul style="list-style-type: none"> • Ha subito ricoveri ospedalieri per più di 5 giorni consecutivi ? • Si è sottoposto ad accertamenti sanitari (salvo quelli previsti dalla normativa di cui alla medicina del lavoro) ? • Ha subito radioterapia e/o chemioterapia e/o immunoterapia e/o cobaltoterapia ? 	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Epoca, durata, motivo, risultato _____ _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie: <ul style="list-style-type: none"> • dell'apparato cardiovascolare, • dell'apparato digerente, • dell'apparato respiratorio, • del sistema nervoso o psichico, • dell'apparato uro-genitale, • del sistema endocrino-metabolico, • neuropsichica, • dell'apparato osteo-articolare, • degli organi di senso • tumorale o di altre malattie non elencate ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Natura dell'affezione, epoca di insorgenza, eventuali complicazioni e disturbi associati: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Si avvale attualmente dell'assistenza di una terza persona per: <ul style="list-style-type: none"> • alzarsi e/o sedersi ? • lavarsi ? • vestirsi ? • preparare i pasti ? • alimentarsi ? • muoversi all'interno della sua abitazione ? • spostarsi all'esterno della stessa ? Vive da solo ? Provvede ai propri acquisti da solo ? Gestisce i propri conti da solo ? Svolge attività associative ? Pratica qualche sport ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Precisare: _____ _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Precisare l'entità della distanza percorsa _____ _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	IMPORTANTE Parere del Medico curante sullo stato di salute dell'assicurato:			
	_____ _____			

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 _____

