



				PRECISAZIONI COMPLEMENTARI
<b>7</b>	<b>NEGLI ULTIMI 5 ANNI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha subito ricoveri ospedalieri per più di 5 giorni consecutivi ?</li> <li>• Si è sottoposto ad accertamenti sanitari (salvo quelli previsti dalla normativa di cui alla medicina del lavoro) ?</li> <li>• Ha subito radioterapia e/o chemioterapia e/o immunoterapia e/o cobaltoterapia ?</li> </ul>	<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	_____
<b>8</b>	Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dell'apparato cardiovascolare,</li> <li>• dell'apparato digerente,</li> <li>• dell'apparato respiratorio,</li> <li>• del sistema nervoso o psichico,</li> <li>• dell'apparato uro-genitale,</li> <li>• del sistema endocrino-metabolico,</li> <li>• neuropsichica,</li> <li>• dell'apparato osteo-articolare,</li> <li>• degli organi di senso</li> <li>• tumorale</li> </ul> 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	_____
<b>9</b>	Si avvale attualmente dell'assistenza di una terza persona per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• alzarsi e/o sedersi ?</li> <li>• lavarsi ?</li> <li>• vestirsi ?</li> <li>• preparare i pasti ?</li> <li>• alimentarsi ?</li> <li>• muoversi all'interno della sua abitazione ?</li> <li>• spostarsi all'esterno della stessa ?</li> </ul> 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	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	_____
		<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 \_\_\_\_\_

