

Dichiarazioni dell'Assicurando e rapporto del Medico curante

Si prega il Medico di famiglia di raccogliere le dichiarazioni dell'assicurando, effettuare le rilevazioni richieste e rispondere con accuratezza ad ogni singola domanda:

1. Nome e cognome dell'Assicurando:

Indirizzo:

Sesso:

Data di nascita:

2. Da quanto tempo conoscete l'Assicurando?

Da quale data possedete informazioni scritte sull'Assicurando (esami, cartelle cliniche, ...) ?

3. Siete il medico curante dell'Assicurando?

Da che anno?

Siete parente o affine dell'Assicurando? Se sì, con quale grado di parentela?

4. ESAME OBIETTIVO

Altezza in cm:

Peso in Kg:

Il peso è in aumento, in diminuzione, stazionario?

Misura del torace

espirando

inspirando

Misura addominale

Frequenza, ritmo e tipo di pulsazione a riposo

Soffio cardiaco (se presente descriverlo e specificare se è da considerarsi funzionale o organico)

Pressione sanguigna (se supera i 140/90 ripetere il test)

min

max

Si notano apparenti anomalie nella palpazione dell'addome?

5. Dettagli su ogni malattia e/o infortunio per i quali l'Assicurando sia stato in cura da Voi o dei quali Voi comunque siate a conoscenza.

**Natura della malattia
o ragione del consulto**

**Data inizio e
durata**

**Eventuali conseguenze della
malattia o lesione e possibilità di ricaduta**

6. Con riferimento alle attuali condizioni dell'Assicurando, della sua storia personale e della storia della sua famiglia, avete ragione di ritenere che sia o possa essere soggetto a malattie congenite, ereditarie e/o costituzionali? Se sì, quali?

7. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi al cuore, ai polmoni, al fegato, reni o altri organi interni?

8. Avete avuto precedenti occasioni di misurare la pressione del sangue dell'Assicurando? Quando e con quali risultati?

9. Siete a conoscenza di passati o presenti casi di fratture, reumatismi, infortunio o intervento chirurgico?

10. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi e/o malattie mentali e del sistema nervoso?

11. Vi risulta che l'Assicurando faccia o abbia fatto uso, e con quale frequenza, di:

a. Tabacco:

b. Alcolici:

c. Medicinali:

12. Siete a conoscenza di altre circostanze non precedentemente menzionate che possano ritenersi importanti in relazione ad una assicurazione sulla vita, anche in riferimento alla lunga durata dell'assicurazione stessa?

13. Siete a conoscenza di fatti relativi allo stato di salute presente e passato dell'Assicurando, della sua storia personale o del suo modo di vita che possano, secondo la Vostra opinione, condizionare l'assicurabilità del Vostro paziente (viaggi in Paesi tropicali e/o a rischio sanitario, comportamento sessuale a rischio, etc.)?

14. A suo giudizio, lo stato di salute attuale dell'Assicurando è

Stato di salute buono

Stato di salute mediocre

Stato di salute non buono

Nome, cognome e indirizzo del Medico Curante

Firma del Medico Curante

Data:

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della HDI Assicurazioni S.p.A..

Proscioglio dal segreto professionale e legale i Direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura, Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali la HDI Assicurazioni S.p.A. credesse, in qualsiasi momento, di rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Firma dell'Assicurando

Data: