

Alleanza Toro S.p.A. - Sede legale Torino, Via Mazzini, 53 - CAP 10123 - Iscr. nel Registro delle Imprese di Torino, C.F. e P.I. n. 10050560019 - Capitale Sociale: Euro 300.000.000 i.v. - Società iscritta all'Albo Imprese ISVAP n. 1.00172, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

MEDICO VISITATORE DR.	COMUNE	PROVINCIA
-----------------------	--------	-----------

COGNOME, NOME E PATERNITA' DELL' ASSICURANDO
--

NATO A	PROVINCIA	IL	PROFESSIONE
--------	-----------	----	-------------

DOMICILIATO A C.A.P.	COMUNE	PROVINCIA
--------------------------------	--------	-----------

VIA	N°	STATO CIVILE	N. FIGLI
-----	----	--------------	----------

L' Assicurando, nel suo interesse, dica la verità sui precedenti morbosì (malattie, esami praticati, ricoveri ecc...), onde non esporsi ad eventuali contestazioni per reticenze, dichiarazioni errate e false (art. 1892 e 1893 c.c.)

Nel caso in cui venga stipulata la polizza, le dichiarazioni rese nel presente questionario saranno prese a fondamento del contratto a formeranno parte integrante dello stesso.

DICHIARAZIONI DI CARATTERE GENERALE

1) Risultano malattie ereditarie o costituzionali a carico degli ascendenti e collaterali ? NO SI
Quali ?

2) Fa uso abituale di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti, tabacco, farmaci ? NO SI
In quale misura e per quanto tempo ?

3) E' stato dichiarato abile al servizio militare ? NO SI
Se no, indichi per quale motivi.

4) Percepisce una pensione d'invalidità ? NO SI
Indicare per quale motivi.

I **PRECEDENTI ASSICURATIVI**

1) Ha in corso polizze Vita con sovrappremio o le sono state annullate polizze Infortuni, Invalidità da malattia, Rimborso spese sanitarie ?

NO SI

Se sì, per quali motivi ?

II **DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

1) Presenta malformazioni, difetti, imperfezioni fisiche o funzionali ?

NO SI

Quali ?

2) Ha subito infortuni, lesioni accidentali che abbiano residuo postumi ?

NO SI

In caso di risposta affermativa indicare quando e con quali postumi.

3) Il peso negli ultimi mesi è aumentato o diminuito ?

NO SI

Di quanti chili ?

4) Pratica cure sanitarie con prodotti farmaceutici o con terapia fisica ?

NO SI

Indicare tipo, esito.

5) E' stato riceverato anche il regime di Day Hospital, in ospedali, cliniche, case di cura, istituti, convalescenziari ?

NO SI

Quando? Dove ? Per quale motivo ?

6) E' stato sottoposto a emotrasfusioni ?

NO SI

Indicare il motivo ed epoca.

7) Ha subito operazioni chirurgiche ?

NO SI

Quando? Dove ? Per quale motivo ?

8) Si è sottoposto con esito positivo nell'ultimo quinquennio ad accertamenti diagnostici, esami, ed in particolare: di sangue, test HIV, ricerca antigene AV, immunologi, radiografici, ecografici, doppler, ECG, EEG, endoscopici, istologici ?
Quando? Per quale motivo ? Con quale risultato ?

NO SI

9) Ha sofferto o soffre di malattie acute o croniche dell' aparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urinario, genitale, endocrino, o osteoarticolare-muscolare, visivo, uditivo, nervoso?
Indicare quali, in quale epoca, eventuali recidive.

NO SI

III **DOMANDE SPECIALI PER LE DONNE**

1) Ha avuto aborti, parti prematuri, tagli cesarei ?
Indicare quando e per quali motivi.

NO SI

2) E' in gravidanza ?
Di quanti mesi ?

NO SI

DICHIARAZIONI DELL' ASSICURANDO

Dichiaro di aver letto le risposte sopracitate e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date. Dichiaro inoltre ad ogni effetto di legge, ed a cautela della Società assicuratrice che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto coi questionari contenuti nel presente documento, che riconosco quali elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Proscioglio dal segreto professionale tutti i medici che mi hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ai quali la Società credesse, in ogni tempo di rivolgersi per informazione.
Acconsento altresì che tali informazioni siano, ai soli fini assicurativi e riassicurativi, comunicate ad altri enti assicuratori.

Il sottoscritto _____ autorizza il dottor _____ a fornire le informazioni sullo stato di salute richieste nel presente questionario e nel questionario compilato a cura del medico, prosciogliendolo dal segreto professionale e legale.

data _____ Firma dell'Assicurando _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI, GENERALI E SENSIBILI

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa privacy (mod n° CR101343.O09) e, preso atto delle informazioni in essa contenute, acconsento al trattamento dei miei dati, anche sensibili, per le finalità in essa descritte ed obblighi di legge, nel rispetto della vigente normativa.

firma dell' Assicurando _____



L'Assicurando è tenuto a fornire, unitamente al questionario debitamente compilato e sottoscritto, la seguente documentazione:

- copia delle cartelle cliniche relative a ricoveri occorsi negli ultimi 5 anni per malattie o interventi chirurgici che non compaiono nell'elenco riportato sul retro del presente questionario;
- copia dei referti, anche se con esito negativo, degli accertamenti diagnostici ed esami effettuati nell'ultimo biennio;
- copia dei referti, solo se con esito positivo, degli accertamenti diagnostici ed esami effettuati negli ultimi 5 anni.

ELENCO DELLE MALATTIE E DEGLI INTERVENTI

per i quali, in caso di ricovero, non è richiesta copia della cartella clinica

MALATTIE

Acne volgare
 Adenoiditi acute
 Ascessi acuti
 Bartoliniti acute
 Blefarite acuta
 Borsiti acute
 Bronchiti acute
 Polmonite franca lobare
 Cerviciti acute
 Colera
 Coliti acute
 Congiuntiviti acute o
 cheratocongiuntiviti acute non allergiche
 Coroiditi acute
 Dacrioadeniti acute
 Dermatofizie acute
 Difterite
 Endometriti acute, miometriti acute
 Enteriti acute, Enterocoliti acute, coliti acute
 Epididimiti acute, orchiti acute
 Eresipela
 Faringiti acute, faringo-tracheiti acute
 Laringo-tracheiti acute
 Gastroenteriti acute
 Gengiviti acute
 Glossiti acute
 Herpes
 Idrosoadenite acuta
 Impetigine acuta
 Infezioni acute vie urinarie
 Infezioni acute ghiandole e vie lacrimali
 Infezioni respiratorie acute da virus
 Iridociclite acuta
 Laringite acuta
 Leishmaniosi
 Malattie esantematiche infantili
 Mastiti acute
 Meningite meningococcica
 Mononucleosi infettiva
 Orchiti acute
 Paratifo, tifo
 Parotite epidermica
 Pertosse
 Piodermiti acute
 Pleurite acuta
 Pneumotorace traumatico
 Polmoniti acute
 (purchè non sovrapposte a patologie croniche)
 Rabbia
 Scabbia

Stomatiti acute
 Tendiniti acute
 Tetano / botulismo
 Tonsilliti acute
 Tossinfezioni alimentari
 Toxoplasmosi
 Tracheobronchiti
 Vaginiti acute
 Vulviti acute

INTERVENTI

Adenoidectomia
 Appendicectomia
 Asportazione cisti broncogena
 Asportazione di fibroma non ossificante dell'osso
 Intervento per dotto di Botallo
 Intervento per ectropion o entropion
 Interventi per cisti esofagee
 Interventi per criptiti e papilliti ano-rettali
 Interventi per ricostruzione tendinea
 Intervento per alluce valgo (solo se l'operazione è stata eseguita in entrambi i piedi)
 Intervento per calcolosi delle ghiandole salivari
 Intervento per cisti sinoviali
 Intervento per cisti, adeniti, ascessi del Bartolino
 Intervento per coloboma
 Intervento per diverticolite di Meckel
 Intervento per emorroidi
 Intervento per epicanto
 Intervento per ernia crurale, epigastrica, ombelicale, inguinale, inguino-scrotale
 Intervento per fimosi
 Intervento per idradenoma
 Intervento per iperplasia o adenoma della prostata (escluse patologie tumorali maligne)
 Intervento per ranula
 Intervento per rinofima
 Isterectomia (non per forme tumorali maligne)
 Nefropessi (intervento per rene mobile o ptosi renale)
 Peritonite acuta
 Intervento per vene varicose
 Settoplastica nasale
 Splenectomia post-traumatica (asportazione della milza a seguito di trauma)
 Tonsillectomia
 Torsione del funicolo spermatico

MEDICO VISITATORE DR.

COMUNE

PROVINCIA

COGNOME, NOME DELL'ASSICURANDO

NATO IL

STATO PRESENTE DELL' ASSICURANDO**I****CONDIZIONI GENERALI**

- 1) Colorito della pelle e delle mucose. 1) _____
- 2) Vi sono affezioni cutanee e/o dell'apparato linfoghiandolare ? 2) _____

- 3) Vi sono cicatrici? In quali regioni? 3) _____
Da quali lesioni? _____
- 4) Presenta difetti fisici o malformazioni ? 4) _____
- 5) Alterazioni delle ossa e delle articolazioni. 5) _____
In caso affermativo descriverne le cause. _____

- 6) Statura cm - Peso Kg. 6) cm _____ kg _____

II**COLLO**

- 1) Stato della ghiandola tiroide. 1) _____
- 2) Presenza di pulsazioni e/o formazioni anormali 2) _____

III**APPARATO RESPIRATORIO**

- 1) Presenta affezioni delle vie respiratorie ? 1) _____
- 2) Forma del torace (indicare se vi sono dismorfie, se le due 2) _____
metà si espandono simmetricamente). _____
- 3) Frequenza e ritmo del respiro. 3) _____
- 4) Palpitazione, percussione e ascoltazione del torace. 4) _____

IV**APPARATO CIRCOLATORIO**

- 1) Ispezione e palpazione (sede dell'itto, pulsazioni abnormi, 1) _____
ecc ..)
- 2) Ascoltazione del cuore 2) _____
- 3) Polso: frequenza, ritmo. 3) _____
- 4) Pressione arteriosa Mx e Mn. 4) _____
- 5) Esame delle arterie e delle vene (con particolare riferimento 5) _____
agli arti inferiori). _____

V**APPARATO DIGERENTE**

- 1) Condizioni della bocca e della gola. 1) _____
- 2) Ispezione dell'addome. 2) _____
- 3) Palpazione dell'addome. 3) _____
- 4) Esame del fegato. 4) _____
- 5) La milza è palpabile?. 5) _____
- 6) Vi sono ernie addominali, inguinali, scrotali? 6) _____

VI APPARATO URO - GENITALE

1) Vi sono segni o sintomi che indichino o facciano sospettare la presenza di patologie a carico di:

- a) reni, ureteri, uretra; 1a) _____
- b) prostata, testicoli; 1b) _____
- c) ovaie, utero, vagina. 1c) _____

2) Condizioni delle mammelle. 2) _____

VII SISTEMA NERVOSO

1) Condizioni psichiche. 1) _____

2) Motilità (indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi muscolari). 2) _____

3) Riflessi superficiali ed osteo-tendinei.. 3) _____

4) Patologia della motilità oculare e/o della vista. 4) _____

5) Patologie dell'udito. 5) _____

VIII CONCLUSIONE

1) Tenuto conto di tutti i dati raccolti, quale diagnosi può formulare? 1) _____

DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1) Il medico è legato all'Assicurando da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi ? 1) _____

2) E' medico di famiglia?. 2) _____

3) Come si è accertato dell'indennità personale dell' Assicurando? . 3) _____

4) E' a conoscenza che l'Assicurando negli ultimi dieci anni: 4a) _____
a) sia stato ricoverato. In caso affermativo per quali malattie ? _____

b) si sia sottoposto ad esami, visite specialistiche. In caso affermativo con quali risultati?. 4b) _____

c) abbia praticato cure, interventi chirurgici. In caso affermativo quali ? 4c) _____

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. _____ con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e trasmette questo rapporto - unitamente a quello compilato dell' Assicurando - in busta chiusa e soprafirmata alla Direzione della Alleanza Toro S.p.A.

Comune _____ luogo _____

data in cui è stata effettuata la visita medica _____ ora _____

firma del medico _____

Preso visione delle dichiarazioni rese dal soggetto.

