



TORO

ASSICURAZIONI

TORO ASSICURAZIONI S.p.A. A SOCIO UNICO - CODICE FISCALE E REGISTRO IMPRESE DI TORINO N. 13432270158 - CCIAA TORINO N. 1013376 - CAPITALE SOCIALE EURO 184.173.606 i.v. - P. IVA N. 13432270158 - SEDE LEGALE: VIA MAZZINI, 53 - 10123 TORINO - IMPRESA ISCRITTA ALL'ALBO DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE ITALIANE AL N. 1.00148 ED APPARTENENTE AL GRUPPO GENERALI ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI - SOCIETÀ DIRETTA E COORDINATA DA ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.

Da spedire in busta chiusa alla Toro Assicurazioni.

..... , li

Egr. Sig. Dott.

.....

.....

Avendo presentato una proposta di assicurazione sulla Vita, ho comunicato che Ella è mio medico ed autorizzato la Toro Assicurazioni ad assumere presso di Lei informazioni sulle mie condizioni di salute.

Naturalmente La prosciolgo dal segreto professionale per le informazioni che Le venissero in ogni tempo richieste dalla Toro Assicurazioni.

La prego di voler cortesemente rispondere i quesiti generali di questo formulario ed a quelli particolari eventualmente aggiunti e comunicarmi l'importo dell'onorario a Lei dovuto.

Distinti saluti.

IL RICHIEDENTE

RICHIEDENTE

Sig.

età anni professione

residente a Via

N.B. - Per la compilazione del presente formulario non è richiesta apposita visita medica, ma è sufficiente che il medico riferisca le notizie ed i dati che sono a Sua conoscenza.

| | |
|---|---|
| <p>1. Da quando è Ella medico dell'Assicurando?</p> <p>Chi lo fu in precedenza?</p> <p>Le consta che l'Assicurando abbia consultato altri medici? Quali? Per quale motivo?</p> <p>È l'Assicurando Suo parente?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>2. L'Assicurando sofferse di malattie o disturbi?</p> <p>Quali?</p> <p>Quando?</p> <p>Con quale esito?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>3. È stato l'Assicurando ricoverato in Ospedali o Case di Cura?</p> <p>In quali?</p> <p>Quando?</p> <p>Per quali motivi?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>4. Si è sottoposto l'Assicurando ad esami speciali (esami radiologici, elettrocardiografici, esami da laboratorio, ecc.)?</p> <p>A quali?</p> <p>Quando?</p> <p>Per quali motivi?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>5. Ci può indicare i seguenti dati dell'Assicurando?</p> <p>Altezza e peso</p> <p>Pressione arteriosa</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>6. Quali sono le abitudini di vita dell'Assicurando:</p> <p>Ha abusato o abusa di alcoolici o di tabacco?</p> <p>Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?</p> <p>Fa abituale uso di psicofarmaci?</p> <p>Ha praticato o pratica sports? Quali?</p> <p>Fa cure dimagranti o dietetiche?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

| | |
|---|---|
| <p>7. Attualmente l'Assicurando soffre di malattie o disturbi?</p> <p>Quali?</p> <p>È affetto da malattie croniche o difetti fisici?</p> <p>Quali?</p> <p>Quale terapia sta seguendo?</p> <p>Qual'è il Suo giudizio prognostico?</p> <p>Quando lo ha visitato per l'ultima volta?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|---|

| | |
|--|--------------|
| <p>8. Le risulta che negli ascendenti, discendenti e collaterali dell'Assicurando si siano riscontrate malattie ereditarie o costituzionali?</p> | <p>.....</p> |
|--|--------------|

| | |
|---|--|
| <p>QUESTIONARIO SUPPLEMENTARE PER DONNE</p> <p>a) L'Assicuranda ha avuto gravidanze? Quante?</p> <p>b) Vi sono stati aborti spontanei?</p> <p>c) Le risulta che l'Assicuranda abbia sofferto o soffra di malattie agli organi genitali od alle mammelle?</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|--|

| |
|------------------------------------|
| <p>DOMANDE PARTICOLARI:</p> |
|------------------------------------|

| |
|-----------------------------|
| <p>OSSERVAZIONI:</p> |
|-----------------------------|

| | |
|--|--|
| <p>CONCLUSIONE: A suo giudizio qual'è lo stato di salute complessivo del suo paziente? (*)</p> <p>Data</p> <p>(*) Buono - Mediocre - Cattivo.</p> | <p style="text-align: center;">Firma del Medico</p> <p>.....</p> <p>Indirizzo</p> <p>.....</p> |
|--|--|



