

RAPPORTO DI VISITA CARDIOLOGICA

MEDICO VISITATORE DR.

DOMICILIATO (VIA / N°)

COMUNE

PROVINCIA

COGNOME E NOME DELL'ASSICURANDO

NATO A

IN DATA

PROFESSIONE

DOMICILIATO IN

COMUNE (VIA / N°)

PROVINCIA

A) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO costituenti la base del contratto di assicurazione

L'Assicurando, nel suo interesse, dica la verità sui precedenti morbosi (malattie, esami praticati, ricoveri, ecc.) onde non esporsi ad eventuali contestazioni per reticenza, dichiarazioni errate e false (artt. 1892 - 1893 Codice Civile).

Rispondere analiticamente ad ogni domanda - evitare tratti di penna

1. Ha sofferto di reumatismo articolare acuto, frequenti angine o qualche altra malattia infettiva?

.....

2. Ha praticato elettrocardiogrammi (a riposo e/o dopo sforzo), ecocardiogrammi, esami radiologici del torace od altri esami specifici dell'apparato cardiovascolare? Per quali motivi? Con quali esiti?

.....

.....

3. È stato ricoverato in case di salute, convalescenziari, ospedali? Dove? Quando? Per quale motivo?

.....

.....

4. Fa uso continuativo di farmaci? Di quali?

.....

Dichiaro di aver letto le risposte soprascritte 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 taciuta, omessa od alterata 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.

Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici che mi hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc., ai quali la Toro Assicurazioni crederà, in ogni tempo, anche dopo la mia morte, di rivolgersi per informazioni. Acconsento altresì che tali informazioni siano, per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative, comunicate ad altri enti.

Autorizzo altresì il medico visitatore ad inoltrare il presente rapporto di visita cardiologica in busta chiusa alla Direzione della Società.

Data.....

Firma del Medico

Firma dell'Assicurando
alla presenza del Medico

B) DICHIARAZIONI DEL MEDICO

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

.....

2. È medico di famiglia?

.....

3. Come si è accertato dell'identità personale dell'Assicurando?

.....

Risultato dell'esame obiettivo praticato all'Assicurando

4. Esame della regione cardiaca (ispezione e palpazione; carattere e sede dell'itto)

.....

5. Ascoltazione del cuore (toni cardiaci - per gli eventuali rumori precisare la sede, il tempo in cui si ascoltano, il carattere acustico, la diffusione)

.....

.....

