

Medico, timbro (indirizzo esatto)

Società

No di polizza / della proposta

Nota bene

■ Il medico è pregato di rispondere alle domande insieme alla persona da assicurare e personalmente, per quanto possibile, di inserire le risposte.

■ Scrivere in stampatello in modo ben leggibile. Grazie.

■ Se non sono soddisfatte determinate condizioni, gli assicuratori non sono autorizzati per legge a richiedere risultati da **esami genetici** effettuati prima della nascita oppure da esami volti ad accertare una predisposizione patologica (**esami presintomatici**) prima del manifestarsi dei sintomi. Se tali condizioni sono compiute, i chiarimenti si effettuano con un formulario a parte. Perciò i risultati di questi esami non devono essere indicati nel presente questionario. Gli assicuratori non sono autorizzati ad utilizzare i risultati inoltrati a titolo facoltativo.

Gli esami genetici a fini diagnostici, ovvero volti a chiarire sintomi della malattia già riscontrati, non sono interessati dalle disposizioni legali e devono essere dichiarati.

■ Le specificazioni delle persone utilizzate nel presente modulo si riferiscono sia alle persone di sesso maschile che femminile.

Dati personali della persona da assicurare

Cognome, Nome Data di nascita Descrizione dell'attività professionale attuale

Via, no NPA Località Paese

No	Domande	no	si	Precisazioni
01	Esercita regolarmente un'attività sportiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quale? Con quale frequenza?
02	Negli ultimi 3 anni ha fatto uso di prodotti da fumo, tabacco, risp. nicotina in un'altra forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sigarette <input type="checkbox"/> E-Sigarette <input type="checkbox"/> Sigari <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Altro (p. es. narghilè, tabacco da masticare, cerotto alla nicotina) Cosa? Quantità giornaliera? Quando per l'ultima volta?
03	Fa uso di bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? Quantità? Frequenza?
04	È o è stato negli ultimi 10 anni in consultazione o in trattamento in relazione al suo consumo di alcol (incl. chiarimenti speciali /visite / servizio di consulenza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando? Da parte di chi? Nome e indirizzo
05	Fa o ha fatto uso di droghe negli ultimi 10 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? Quante volte? Durata? Quando per l'ultima volta?
06	Assume o ha mai assunto regolarmente o ripetutamente medicinali negli ultimi 5 anni o les sono stati prescritti medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali? Quante volte? Perché? Da quando a quando?
07 a.	Esistono attualmente delle malattie / disturbi della salute / postumi da infortuni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali?
b.	La sua capacità lavorativa o di guadagno è in qualche modo limitata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché? Da quando? Grado / Dimensione?
c.	Negli ultimi 5 anni è stato interamente o parzialmente incapace al lavoro, senza interruzione per più di 4 settimane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché? Da quando a quando?
d.	Ha già presentato nel passato una domanda presso un'assicurazione al fine di ottenere delle misure mediche, scolastiche, professionali o di altro genere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quale assicurazione? Quando? Perché?
08	Nella sua famiglia (genitori, fratelli e sorelle, nonni) si sono mai riscontrate malattie del sistema nervoso, malattie cardiache, colpi apoplettici, diabete, cancro o malattie ereditarie prima dei 55 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali malattie? Riscontrate presso quante persone?

Data e firma della persona da assicurare

Data Firma

No	Domande	no	si	Precisazioni	Quando? Per quanto? Guarito?	Medici / altri terapeuti con indirizzi:
09	Esistono o ha avuto delle malattie, disturbi o affezioni negli ultimi 10 anni			Quali?		
	a. dell' apparato respiratorio come asma, bronchite cronica o ricorrente, polmonite, tubercolosi polmonare o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	b. del cuore o dei vasi sanguigni , quali ipertensione, disturbi circolatori, infarto miocardico, insufficienza cardiaca, astenia miocardica, palpitazioni, apoplezia cerebrale, flebite, varici o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	c. dell' apparato digerente , quali ernia diaframmatica, ulcera o infiammazioni o emorragie gastriche o intestinali, emorroidi, itterizia, malattie del fegato, della cistifellea, del pancreas o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	d. degli organi urinari o genitali , quali malattie dei reni, dell'uretere, della vescica, della prostata o dei testicoli, disturbi dell'utero o delle ovaie, malattie al seno, calcoli, presenza di sangue o albumina nelle urine o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	e. del sistema nervoso , quali epilessia, vertigini, mal di testa, paralisi, nevrite o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	f. della psiche , come depressioni, disturbi di ansia, di resistenza allo stress, del comportamento alimentare, problemi psicosomatici o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	g. dell' apparato locomotore (ossa, articolazioni, colonna vertebrale, dischi intervertebrali, muscoli, legamenti, tendini) come dolori alla schiena, cervicali e alle spalle, artrosi, reumatismi o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	h. degli occhi , quali acuità visiva inferiore alla norma, debolezza visiva, cataratta o glaucoma, retinopatia o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diottrie: sinistra ____ / destra ____		
	i. dell' udito , quali sordità, infiammazioni, acufene o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	j. del metabolismo o del sangue , quali diabete, livello colesterolo aumentato, gotta, disturbi ormonali (tiroide, ghiandola surrenale), anemia, alterazione della coagulazione o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	k. del sistema immunitario o malattie infettive , come infezioni da HIV, malattie trasmissibili sessualmente, epatite, borreliosi, malattie tropicali o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	l. o altre malattie, disturbi o affezioni non menzionati nel presente elenco (p. es. malattie della pelle, allergie, tumore benigno o maligno, malformazioni, infermità congenita, burnout o altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10	Ha mai commesso un tentativo di suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11	Sono previste visite o trattamenti medici o è stata raccomandata una degenza ospedaliera o un'operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perché?		
12	Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti, psicoterapeuti o altri esperti attivi nel settore sanitario non ancora menzionati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nomi e indirizzi esatti		
13	Quale medico ha consultato per ultimo?	⇒		Nome e indirizzo esatto	Quando?	Guarito?
		⇒		Perché?	Quando?	Risultato?
14	Quale medico è informato al meglio sul suo stato di salute?	⇒		Nome e indirizzo esatto		

Dichiaro di aver risposto alle domande da 1 a 14 in modo veritiero e completo. La validità del contratto dipende dall'esattezza e completezza dei dati forniti. Autorizzo i medici, le istituzioni mediche e gli istituti d'assicurazione interrogati dalla società a fornire tutte le informazioni necessarie all'esame della proposta.

Luogo Data Firma della persona da assicurare

Dichiaro di aver passato in rassegna le singole domande con la persona da assicurare.

Luogo Data Firma del medico

Valutazione medica dell'anamnesi:

Visita medica incluso controllo dell'urina

Si prega di spiegare i risultati patologici o anormali. Grazie.

No Domande	no	si	Precisazioni
15 a. Data della visita medica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input style="width: 80px;" type="text"/>
b. Conosce personalmente la persona da assicurare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conosciuta personalmente dal: <input style="width: 80px;" type="text"/> Identità verificata in base a: <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Licenza per condurre <input type="checkbox"/> Libretto per stranieri
c. Ha già visitato o curato personalmente la persona da assicurare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando? Per quale motivo? Risultato?
16 Altezza (senza scarpe) / Peso (senza vestiti)		<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm <input style="width: 80px;" type="text"/> kg Circonferenza addome <input style="width: 80px;" type="text"/> cm Circonferenza fianchi <input style="width: 80px;" type="text"/> cm
Con sovrappeso (BMI > 25)		<input type="checkbox"/>	
17 Cute Il paziente è affetto da una malattia cutanea o vi è presenza di cicatrici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Apparato respiratorio			
a. Percussione e auscultazione danno risultati anomali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causa?
b. Esistono dei sintomi che potrebbero indicare un'afezione dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Cuore e circolazione			
a. Ha rilevato un soffio cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì: <input type="checkbox"/> sistolico <input type="checkbox"/> diastolico
Punto massimo e propagazione?		<input type="checkbox"/>	
Il soffio è patologico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sono percettibili soffi carotidei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Frequenza del polso, pressione arteriosa		<input type="checkbox"/>	Numero delle pulsazioni al minuto <input style="width: 80px;" type="text"/> sistolico diastolico Pressione arteriosa in mmHg <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/> Pressione arteriosa, 2a misurazione <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/> Se i valori superano i 135/85 mmHg, si prega di ripetere la misurazione.
d. Ritmo del polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regolare irregolare
e. Sono percettibili dei soffi vascolari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dove?
f. Assenza di pulsazioni ai piedi o pulsazioni deboli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Sono riscontrabili sintomi d'insufficienza o di scompenso (dispnea, cianosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Vi è presenza di vene varicose o sintomi di insufficienza venosa cronica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data e firma del medico

Data

Firma

No	Domande	no	sì	Precisazioni
20	Apparato digerente e addome			
	a. Denti, lingua, tonsille, mucosa orale o faringe presentano anomalie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. L'esame clinico, la palpazione, la percussione e l'auscultazione dell'addome permettono di riscontrare anomalie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Presenza di ernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Organi genito-urinari			
	a. Per le persone di sesso maschile: Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Per le persone di sesso femminile: Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari, di alterazione patologica del seno oppure la paziente è incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Sistema nervoso / organi dei sensi			
	a. Vi sono indizi di un'affezione degli organi di senso, in particolare un abbassamento dell'acuità visiva o uditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Vi sono sintomi che indicano una patologia neurologica o dei deficit p. es. motorica, riflessi, sensibilità, equilibrio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Psiche Sono riscontrabili anomalie psichiche (p. es. stato d'animo inappropriato o anomalie comportamentali) oppure vi sono indizi che fanno presagire ad attuali situazioni di stress o conflittuali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Scheletro / apparato locomotore Vi sono indizi di un'affezione o una deformazione della colonna vertebrale o di altre parti dell'apparato locomotore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Altro			
	a. È riscontrabile un ingrossamento delle ghiandole linfatiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dove?
	b. Vi sono sintomi di disturbi endocrinologici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Vi è un sospetto di disturbi alimentari, abuso di alcol o consumo di droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. Sono stati riscontrati altri referti che potrebbero determinare un aumento del rischio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Esame dell'urina: Esito del controllo delle urine (si prega di fare indicazioni quantitative)		⇒	

Osservazioni:

(altre osservazioni, p. es. fattori di rischio, esami e/o terapie proposte)

Si prega di allegare le copie degli esiti d'esame disponibili. Grazie.

Dichiaro di aver esaminato ed interrogato la persona da assicurare e di aver risposto alle domande da 15 a 26 secondo scienza e coscienza.

Luogo

Data

Firma del medico