

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	<b>Esistono o ha avuto delle malattie, disturbi o affezioni negli ultimi 10 anni</b>			Quali?		
	a. dell' <b>apparato respiratorio</b> come asma, bronchite cronica o ricorrente, polmonite, tubercolosi polmonare o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	b. del <b>cuore o dei vasi sanguigni</b> , 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' <b>apparato digerente</b> , 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 <b>organi urinari o genitali</b> , 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 <b>sistema nervoso</b> , quali epilessia, vertigini, mal di testa, paralisi, nevrite o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	f. della <b>psiche</b> , come depressioni, disturbi di ansia, di resistenza allo stress, del comportamento alimentare, problemi psicosomatici o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	g. dell' <b>apparato locomotore</b> (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 <b>occhi</b> , 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' <b>udito</b> , quali sordità, infiammazioni, acufene o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	j. del <b>metabolismo o del sangue</b> , 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 <b>sistema immunitario o malattie infettive</b> , come infezioni da HIV, malattie trasmissibili sessualmente, epatite, borreliosi, malattie tropicali o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	l. o <b>altre</b> 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 <b>ultimi 5 anni</b> 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. <b>Data</b> della visita medica:		<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 <b>Altezza</b> (senza scarpe) / <b>Peso</b> (senza vestiti)		<input type="checkbox"/>	⇒ <input style="width: 80px;" type="text"/> cm <input style="width: 80px;" type="text"/> kg
Con sovrappeso (BMI > 25)		<input type="checkbox"/>	⇒ Circonferenza addome <input style="width: 80px;" type="text"/> cm      Circonferenza fianchi <input style="width: 80px;" type="text"/> cm
17 <b>Cute</b> Il paziente è affetto da una malattia cutanea o vi è presenza di cicatrici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 <b>Apparato respiratorio</b>			
a. Percussione e auscultazione danno risultati anomali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causa?
b. Esistono dei sintomi che potrebbero indicare un'affezione dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 <b>Cuore e circolazione</b>			
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
		<input type="checkbox"/>	⇒ Pressione arteriosa in mmHg <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.		<input type="checkbox"/>	⇒ Pressione arteriosa, 2a misurazione <input style="width: 80px;" type="text"/> / <input style="width: 80px;" type="text"/>
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	<b>Apparato digerente e addome</b>			
	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	<b>Organi genito-urinari</b>			
	a. Per le persone <b>di sesso maschile:</b> Esiste un indizio di affezione degli organi genito-urinari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Per le persone <b>di sesso femminile:</b> 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	<b>Sistema nervoso / organi dei sensi</b>			
	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	<b>Psiche</b> 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	<b>Scheletro / apparato locomotore</b> 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	<b>Altro</b>			
	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	<b>Esame dell'urina:</b> 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