

MEDICO VISITATORE DR.		COMUNE		PROVINCIA	
COGNOME, NOME E PATERNITA' DELL' ASSICURANDO					
NATO A		PROVINCIA		IL	
PROFESSIONE					
DOMICILIATO A		COMUNE		PROVINCIA	
C.A.P.					
VIA		N°		STATO CIVILE	
N. FIGLI					

L' Assicurando, nel suo interesse, dica la verità sui precedenti morbosi (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 e 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, Rimborsso spese sanitarie ?
Se sì, per quali motivi ?

☐ NO ☐ SI

II**DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

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

☐ NO ☐ SI

- 2) Ha subito infortuni, lesioni accidentali che abbiano residuo postumi ?
In caso di risposta affermativa indicare quando e con quali postumi.

☐ NO ☐ SI

- 3) Il peso negli ultimi mesi è aumentato o diminuito ?
Di quanti chili ?

☐ NO ☐ SI

- 4) Pratica cure sanitarie con prodotti farmaceutici o con terapia fisica ?
Indicare tipo, esito.

☐ NO ☐ SI

- 5) E' stato ricoverato anche il regime di Day Hospital, in ospedali, cliniche, case di cura, istituti, convalescenziari ?
Quando? Dove ? Per quale motivo ?

☐ NO ☐ SI

- 6) E' stato sottoposto a emotrasfusioni ?
Indicare il motivo ed epoca.

☐ NO ☐ SI

- 7) Ha subito operazioni chirurgiche ?
Quando? Dove ? Per quale motivo ?

☐ NO ☐ SI

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 ? ☐ NO ☐ SI
Quando? Per quale motivo ? Con quale risultato ?

9) Ha sofferto o soffre di malattie acute o croniche dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urinario, genitale, endocrino, osteoarticolare-muscolare, visivo, uditivo, nervoso? ☐ NO ☐ SI
Indicare quali, in quale epoca, eventuali recidive.

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

Tali malattie ed interventi sono da dichiarare ma risultano non influenti ai fini della garanzia

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 broncogenica
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



TORO

MARCHIO DI ALLEANZA TORO S.p.A.

Proposta / Polizza N. Informativa contrattuale INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che La nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari, (1) al fine di fornire i servizi assicurativi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure – effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4). I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – c/o Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, tel. 041.549.2359 fax 041.336.2449). Il sito www.alleanzatoro.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

NOTE:

- (1) L'art.4, co.1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile); banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi (v. CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria, tra cui Autorità giudiziaria e Forze dell'ordine, ISVAP, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- (5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro e la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

ALLEANZA TORO S.p.A. - Sede operativa di Torino: via Mazzini, 53 CAP 10123 | Tel. +39 011 0029.111 | Fax +39 011 837554 | www.alleanzatoro.it



Sede legale in Torino via Mazzini, 53 - Iscr. nel Registro Imprese di Torino, C.F. e Partita IVA n.10050560019 - Capitale sociale: Euro 300.000.000,00 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.



CR101343.009

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. _____
- 2) Vi sono affezioni cutanee e/o dell'apparato linfoghiandolare ? _____
- 3) Vi sono cicatrici? In quali regioni? _____
Da quali lesioni? _____
- 4) Presenta difetti fisici o malformazioni ? _____
- 5) Alterazioni delle ossa e delle articolazioni. _____
In caso affermativo descriverne le cause. _____
- 6) Statura cm - Peso Kg. _____

II COLLO

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

III APPARATO RESPIRATORIO

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

IV APPARATO CIRCOLATORIO

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

V APPARATO DIGERENTE

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

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;
- b) prostata, testicoli;
- c) ovaie, utero, vagina.

1a) _____

1b) _____

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 di Alleanza Toro S.p.A.

Comune _____ luogo _____

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

firma del medico _____

Presa visione delle dichiarazioni rese dal soggetto.

