

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE)

NOME E COGNOME :	
(per le donne indicare il cognome da nubile) :	
Data di nascita :	
Indirizzo :	
Stato Civile :	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a o coppia di fatto <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a o separato/a
Situazione professionale :	
<input type="checkbox"/> In attività <input type="checkbox"/> In pensione o prepensionamento (data di inizio pensionamento o prepensionamento : / /)	
<input type="checkbox"/> Altro (precisare) :	
E'obbligatorio rispondere ad ogni domanda SI o NO. Per tutte le risposte SI, l'assicurando(a) deve poi fornire ulteriori dettagli.	
1	Soffre o ha sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate :
	- Cardiovascolare : ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Neurologiche : morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Malattie croniche : diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	- Tumore maligno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla o Le viene o le è stata riconosciuta una invalidità superiore od uguale al 10%, oppure ha già fatto richiesta per ottenere la pensione di invalidità ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	E' stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	Negli ultimi 5 anni è stato sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	Deve sottoporsi a breve ad accertamenti clinici e strumentali, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico od essere ricoverato in ospedale ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Questo questionario deve essere assolutamente compilato dall'assicurando : è obbligatorio rispondere a tutte le domande. L'assicurando dichiara, ai sensi degli artt. 1892-93 del C.C., che le risposte contenute nel presente questionario, da Lui rese in collaborazione con il medico curante, sono conformi a verità, non avendo sottocluso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Autorizzo a comunicare queste informazioni a chi di dovere, rassicuratori ed organismi professionali abilitati; ho diritto ad accedervi e rettificarle consultando la Compagnia stessa.

Luogo....., data 20 ..

Firma dell'assicurando(a)

QUESTIONARIO MEDICO

(Da far compilare al Medico curante)

GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE)

NOME e COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile):

Data di nascita:

PROFESSIONE (attuale o precedente per gli assicurandi in pensione):

E' obbligatorio rispondere ad ogni domanda SI o NO. Per tutte le risposte SI, l'assicurando(a) deve poi fornire ulteriori dettagli.				
1	Indicare: Altezza: cm Peso: kg	Pressione Arteriosa: /	<input type="checkbox"/> Trattata	<input type="checkbox"/> Non Trattata
2	Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche, invalidanti e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla ? Le è stata riconosciuta un'invalidità $\geq 10\%$ per la quale le spetta una pensione o sta per avviare una procedura per ottenerne il riconoscimento e quindi anche la pensione?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE Da quando, motivo, grado di invalidità? (precisare se civile o militare)
3	Assume attualmente farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali, per quali malattie e da quando data?
4	Deve essere ricoverato (a) o sottoporsi ad accertamenti sanitari e/o trattamenti farmacologici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando - per quali motivi?
5	<u>SE L'ASSICURANDO(A) NON E' ANCORA IN PENSIONE :</u> è attualmente assente dal lavoro per motivi di salute? <u>SE L'ASSICURANDO(A) HA LAVORATO NEGLI ULTIMI 5 ANNI:</u> ha dovuto interrompere la sua attività lavorativa per motivi di salute e per più di 3 settimane consecutive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quando, motivo, data di rientro prevista? Quando, durata di ciascuna interruzione e motivo?
6	Fa uso quotidiano di bevande alcoliche (birra, vino, aperitivi)? Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantità giornaliera? Quantità giornaliera e da quando?

7	<p>NEGLI ULTIMI 5 ANNI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha subito ricoveri ospedalieri per più di 5 giorni consecutivi? • Si è sottoposto(a) ad accertamenti sanitari (salvo quelli previsti dalla medicina del lavoro)? • Ha subito radioterapia e/o chemioterapia e/o immunoterapia e/o cobaltoterapia? 	SI	NO	Data(e), durata(e), motivo(i), risultato(i)?
8	<p>Soffre o ha sofferto di una malattia :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dell'apparato cardiovascolare, • dell'apparato digerente, • dell'apparato respiratorio, • del sistema nervoso e psichico, • dell'apparato uro-genitale, • del sistema endocrino-metabolico, • neuropsichica, • dell'apparato osteo-articolare, • degli organi di senso, • tumorale, o di altre malattie non elencate? 	SI	NO	Natura dell'affezione, epoca di insorgenza, eventuali complicanze e disturbi associati:
9	<p>Si avvale attualmente dell'assistenza di una terza persona per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alzarsi e/o sedersi? • lavarsi? • vestirsi? • preparare i pasti? • alimentarsi? • muoversi all'interno della sua abitazione? • spostarsi all'esterno della stessa? <p>Vive da solo(a)? Provede ai propri acquisti da solo(a)? Gestisce i propri conti da solo(a)? Ha una vita sociale ? Pratica qualche sport?</p>	SI	NO	<p>Precisare:</p> <p>Precisare l'entità della distanza percorsa?</p>
10	<p>IMPORTA Parere del Medico curante sullo stato di salute dell'assicurato(a):</p>			

Luogo , data 20 ..

Firma e timbro del Medico
