

Rapporto Medico

Da compilarsi preferibilmente a cura del medico di base

Dati Personali dell'Assicurato

Nome:	Cognome:	Data di nascita:
Professione:		
Documento di riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	

i Le persone guarite da una **patologia oncologica** hanno il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, decorsi **10 anni** dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive o ricadute. Questo periodo è ridotto a **5 anni** se la patologia oncologica è insorta prima dei **21 anni** di età. Tali informazioni non saranno utilizzate dall'Impresa assicuratrice (di seguito "MetLife") per valutare il rischio e determinare le condizioni contrattuali se l'Assicurato le abbia riportate per errore nel questionario oppure se siano già nella disponibilità di MetLife. Inoltre, MetLife si impegna a non richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari per verificare la sussistenza di patologie oncologiche pregresse.

Dichiarazioni dell'Assicurato raccolte dal medico – Fornire dettagli per ogni risposta affermativa

1. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici dai quali siano emersi valori o esiti fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> elettrocardiogramma <input type="checkbox"/> radiografie <input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG <input type="checkbox"/> ecografie <input type="checkbox"/> esami del sangue <input type="checkbox"/> mammografie <input type="checkbox"/> analisi delle urine <input type="checkbox"/> fundus oculare <input type="checkbox"/> markers dell'epatite <input type="checkbox"/> test HIV <input type="checkbox"/> altri	Motivo, quando ed esito:
2. È stato ricoverato negli ultimi 10 anni in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale e cancro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi:	
3. È stato ricoverato negli ultimi 10 anni in case di cura, ospedali, ecc., per una patologia oncologica? Tale periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi:	
4. Negli ultimi 10 anni ha ricevuto una diagnosi o ha subito un trattamento attivo per patologie oncologiche (ad esempio intervento/chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) inclusi eventuali episodi di recidiva o ricaduta? Tale periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima dei 21 anni di età.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando:	
5. È invalido? Fruisce di pensione di invalidità/inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> per malattie professionali <input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive <input type="checkbox"/> altre	Da quando, grado di infermità, parte o organo leso:
6. Ha in previsione un ricovero ospedaliero o è attualmente in attesa di effettuare visite specialistiche o esami clinico-strumentali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo e quando:	
7. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia:	

8. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Tipo, quantità, periodo:
9. Fa uso o ha fatto uso di alcolici?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Tipo e consumo:
10. Fuma o ha mai fumato?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Quantità: Se ha fumato in passato indicare quando ha smesso, motivo e quantità al giorno:
11. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dell'apparato respiratorio ▪ dell'apparato cardiocircolatorio ▪ dell'apparato digerente ▪ dell'apparato genitourinario ▪ dell'apparato muscoloscheletrico ▪ del sistema nervoso o neurologico ▪ dell'apparato endocrino-metabolico ▪ del sangue ▪ altre malattie croniche 	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi:
12. Costituzione fisica e pressione arteriosa misurate dal medico Altezza (cm) _____ Peso (kg) _____ Pressione arteriosa: sistolica _____ diastolica _____		
13. Nome, cognome e indirizzo del medico di base (se diverso da quello che esegue la visita):		

L'Assicurato dichiara ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ha sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. L'Assicurato proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano averlo curato o visitato e le altre persone alle quali MetLife ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto ed approvo quanto sopra.

Data	Firma Assicurato
------	------------------

Dichiarazioni del Medico

Il medico certifica che, per quanto di sua conoscenza, le suddette dichiarazioni rese dal paziente Sig. _____ corrispondono a verità.

Con riferimento alla richiesta di copertura assicurativa per decesso, il medico dichiara che:

- lo stato di salute dell'Assicurato è: Buono Mediocre Sfavorevole
 - per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami: Sì No
- In caso affermativo si prega di indicare quali e il motivo:

Nome e cognome del medico che ha effettuato la visita, indirizzo dello studio medico e recapito telefonico:

Si prega di indicare da quale anno l'Assicurato è Suo assistito:

Data in cui è stata eseguita la visita	Firma e timbro del medico che ha effettuato la visita
--	---