

**Dichiarazione del Medico Curante dell'Assicurando per  
l'assunzione della garanzia Invalidità Permanente da Malattia  
*Prospective Assured's GP Declaration for Underwriting  
Permanent Disablement by Illness***

Si richiede una particolare cura nel fornire una specifica risposta ad ogni domanda (si prega di compilare in modo leggibile, possibilmente in stampatello).

*Please answer all question in full giving a specific answer (please, also fill this form in block capitals).*

<p>1. Nome e cognome dell'Assicurando <i>Surname and first name of the prospective assured (P.A.):</i></p> <p>Indirizzo: <i>Address:</i></p> <p>Data di Nascita: <i>Date of Birth:</i></p>
<p>2. Da quanto tempo conoscete l'Assicurando? <i>How long have you known the P.A.?</i></p> <p>Da quale data possedete informazioni scritte sull'Assicurando (esami, cartelle cliniche, ecc.....)? <i>From which date you hold written information about the P.A.(examination, clinical record, etc.....)?</i></p>
<p>3. Siete il Medico curante dell'Assicurando? <i>Are you the P.A.'s GP?</i></p>
<p>4. Fornite dettagli su ogni malattia e/o infortunio per i quali l'Assicurando sia stato in cura da Voi o dei quali Voi comunque siete a conoscenza <i>Please state details regarding illness or accident for which you have been consulted from the P.A. or illness or accident already of your knowledge.</i></p>

<p>Natura della malattia o ragione del consulto. <i>Kind of illness or reason of consultation.</i></p>	<p>Data di inizio e durata <i>Starting date and duration.</i></p>	<p>Eventuali conseguenze della malattia e/o lesione e possibilità di ricaduta. <i>Consequences and/or possibility of relapses.</i></p>
--	---	--

Segue allegato 1.  
*Follows on attachment 1.*

5. Con riferimento alle attuali condizioni dell'Assicurando, della Sua storia personale e della storia della Sua famiglia, avete ragione di ritenere che sia o possa essere soggetto a malattie congenite, ereditarie e/o costituzionali?  
*Referring to the actual P.A. conditions, to the personal history and family history, have you any reason to believe that the P.A. can be affected by congenital, hereditary or constitutional illness?*

6. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi al cuore, ai polmoni, al fegato, reni o altri organi interni?  
*Have you knowledge that the P.A. suffers or have suffered of hearth, lungs, liver, kidney or other organ illness?*

7. Avete avuto occasione di misurare la pressione del sangue dell'Assicurando? Quando e con quali risultati.  
*Have you had the opportunity to take the P.A.'s blood pressure? When and with which results.*

8. Siete a conoscenza di passati o presenti casi di fratture, reumatismi, gotta o qualsiasi infortunio e intervento chirurgico?  
*Have you knowledge of past or present fracture, rheumatism, gout or any accident or surgery?*

9. Vi risulta che l'Assicurando soffra o abbia sofferto di disturbi e/o malattie mentali e del sistema nervoso?  
*Have you knowledge of past or present disturbance and / or mental illness or nervous system illness?*

10. Vi risulta che l'Assicurando faccia o abbia fatto uso di:  
*Have you knowledge of the P.A. habits regarding past or present use of :*

- a) Tabacco / *Tobacco* :
- b) Alcolici / *Alcohol* :
- c) Medicinali / *Tablets* :

11. Siete a conoscenza di altre circostanze non precedentemente menzionate che possano ritenersi importanti in relazione ad una assicurazione sulla vita?  
*Do you know any circumstances, not mentioned above, that are of any importance when requesting a Life insurance?*

12. Siete a conoscenza di fatti relativi allo stato di salute presente e passato dell'Assicurando, della sua storia personale o del suo modo di vita che possano, secondo la Vostra opinione, condizionare l'assicurabilità del Vostro paziente?  
*Do you know any circumstances related to the P.A. past and present state of health, to his personal life or to his conduct of life that can be in your opinion a change in the insurability of your patient?*

Data / *Date* :

Firma e qualifica / *Signature and grade* :

Indirizzo / *Address* :

Allegato 1.  
*Attachment no. 1*

<p>Natura della malattia o ragione del consulto. <i>Kind of illness or reason of consultation.</i></p>	<p>Data di inizio e durata <i>Starting date and duration.</i></p>	<p>Eventuali conseguenze della malattia e/o lesione e possibilità di ricaduta. <i>Consequences and/or possibility of relapses.</i></p>