



A tale riguardo, invitiamo a prendere visione della Tabella di seguito riportata, dove sono indicate le patologie oncologiche per le quali, con Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024, sono stati previsti termini ridotti per il maturarsi dell'oblio oncologico.

Tipo di Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon – retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon – retto	Stadio II – III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I – II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

1 DATI PERSONALI DELL'ASSICURANDO

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale e data di nascita:

Professione:

☐ No

Quando e per quali motivi lo ha consultato

2 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

ANAMNESI FAMILIARE

FAMILIARI		VIVENTI		DEFUNTI	
	Età	Condizioni di salute attuali:		Età alla morte	Eventuali malattie eredo-familiari e causa della morte
		Normale	Precisare eventuali malattie eredo-familiari (diabete, gotta, tumori, ecc.)		
Padre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Madre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fratelli		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sorelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1 Solo per donne

1.1 Ha avuto gravidanze? ☐ Sì ☐ No

Se gravidanze patologiche precisarne il motivo _____

1.2 È ora incinta? ☐ Sì - di quanti mesi? ☐ No1.3 Le mestruazioni sono regolari? ☐ Sì ☐ NoÈ in menopausa? ☐ Sì ☐ No1.4 Ha subito interventi a carico dell'apparato genitale? ☐ Sì ☐ No

■ Quali? _____

■ Per quale causa? _____

1.5 Ha malattie delle mammelle? ☐ Sì ☐ No Se Sì quali? _____

2 Abitudini di vita

2.1 Ha fatto uso di tabacco negli ultimi 12 mesi? ☐ Sì ☐ No2.2 Fa uso abituale di bevande alcoliche? ☐ Sì ☐ No2.3 Ha fatto uso o fa uso di stupefacenti o di droghe? ☐ Sì - Quali? _____ ☐ No

3 È stato ricoverato in luoghi di cura?

☐ Sì ☐ No

■ Quando? Dove? _____

■ Con quale diagnosi di dimissione? _____

4 Malattie o disturbi sofferti dall'infanzia a oggi

4.1 Malattie infettive e parassitarie ☐ Sì ☐ No

■ Quali? _____

■ Quando? _____

4.2 Ha sofferto o soffre di disturbi anche transitori? ☐ Sì ☐ No

	Epoca	Diagnosi
■ Dell'apparato digerente (gastroduodenite, ulcera, colite ulcerosa, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi biliare, tumori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____

■ Dell'apparato cardio-vascolare (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, arteriopatie, varici arti inferiori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
--	-----------------------------	-------

■ Dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite, pleurite, tbc, tumori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
---	-----------------------------	-------

■ Del sistema nervoso (epilessia bronchite, pleurite, tbc, tumori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
--	-----------------------------	-------

■ Del sistema uro-genitale (nefrite, calcolosi, tumori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
---	-----------------------------	-------

(se calcolosi: intervento? espulsione?) _____

■ Del sistema osteo-articolare (artrite, artrosi, tumori, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
---	-----------------------------	-------

■ Del sistema endocrino-metabolico (diabete, dislipidemie, malattie della tiroide, malattie del surrene, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
--	-----------------------------	-------

■ Del sistema emo-poietico (anemie, leucemie, ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	_____
---	-----------------------------	-------

4.3 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare quali, l'epoca e la durata. _____

4.4 Ha subito traumi, ferite, ecc.? ☐ Sì ☐ No

5 È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati?

☐ Sì ☐ No

In caso affermativo specificare il motivo ed epoca _____

6

Ha praticato esami?

☐ Sì

☐ No

■ Quali? (urine, sangue HIV, HCV, HBV, radiologici, elettrocardiografici, ecc.)

■ Da quanto tempo?

■ Per quali patologie?

7

Pratica attualmente cure

☐ Sì

☐ No

■ Quali?

■ Da quanto tempo?

■ Per quali patologie?

8

Altre dichiarazioni dell'assicurando

☐ Sì

☐ No

■ Beneficia di una pensione di invalidità?

■ Se Sì, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità ed allegare la relativa certificazione.

Dichiaro di aver letto le risposte sopra descritte e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date. Dichiaro inoltre, ad ogni effetto di legge, che le succitate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società assicuratrice. Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Data

1 Condizioni generali

■ Altezza/ Peso	cm	kg	■ Pressione arteriosa	sistolica	diastolica	freq. cardiaca
■ Il peso è rimasto stabile?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No				
■ Se no, specificare la causa _____						

	Normale	Patologico
1.1 Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Apparato muscolare (masse muscolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Apparato linfatico (adenopatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Condizioni della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Condizioni delle mammelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Apparato respiratorio

2.1 Prime vie respiratorie (naso, tonsille, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Ispezione, palpazione e percussione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Apparato cardiovascolare

3.1 Cuore		
■ Ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Percussione (area cardiaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Normale	Patologico
3.2 Arterie (palpazione, soffi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
3.3 Vene (varici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<hr/>		
4 Apparato digerente		
4.1 Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
4.2 Addome ■ Ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
4.3 Fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
4.4 Milza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
4.5 Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
4.6 Eventuali ernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<hr/>		
5 Apparato uro genitale		
5.1 Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatismo, stenosi uretrale, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
<hr/>		
6 Sistema nervoso		
6.1 Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
6.2 Motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>
6.3 Sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>

	Normale	Patologico
6.4 Organi dei sensi		
■ Orecchio (disturbi funzionali, otorrea, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Occhio (disturbi della vista, esoftalmo, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8

Conclusioni diagnostiche

(dopo presa visione degli eventuali accertamenti)

8.1 Giudizio diagnostico

Normale Patologico

☐
☐

8.2 Necessitano esami o visite specialistiche?

☐

Sì

☐

No

■ Quali?

■ Per quale patologia?

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo dell'assicurato con diligenza e precisione e si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio da lui dato.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Data _____

SPECIALISTA

DOMICILIO

E' il medico di famiglia dell'Assicurando? ☐ Sì ☐ No