



6. Il paziente è attualmente in cura per la patologia di cui soffre?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di specificare:

Nome del farmaco	Dosaggio	Somministrazione
------------------	----------	------------------

---

---

7. Oltre al trattamento farmacologico attualmente in corso, il paziente è stato sottoposto ad altro tipo di terapia?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di specificare:

Nome del farmaco o tipo di trattamento	Dosaggio	Somministrazione	Data ultimo trattamento
--	----------	------------------	-------------------------

---

---

8. Il paziente è stato sottoposto ad altri tipi di trattamento ad esempio terapia cognitivo comportamentale, elettroshock o psico terapia di gruppo?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di specificare:

Tipo di trattamento	Nome della casa di cura o centro specialistico	Data
---------------------	--	------

---

---

9. Il paziente è mai stato ricoverato in ospedale o centri psichiatrici?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di specificare:

Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico	Indirizzo	Date dei ricoveri
---	-----------	-------------------

---

---

10. Sono stati presi in considerazione altri tipi di trattamento o di terapia?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di fornire dettagli:

---

---

11. Si prega di indicare i nominativi di medici e/o specialisti che hanno visitato l'Assicurando:

Nome del medico, dell'ospedale o del centro specialistico	Indirizzo	Data dell'ultima visita
---	-----------	-------------------------

---

---

12. Il paziente è mai stato assente dal lavoro per problemi collegati al suo stato di salute?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di specificare i periodi di assenza:

---

---

13. L'attività professionale e le mansioni lavorative del paziente sono state limitate o sono state condizionate a causa delle sue condizioni di salute?  SÌ  NO

In caso affermativo si prega di fornire dettagli indicando data e durata:

---

14. Si prega di fornire eventuali altre informazioni che si ritenga possano essere utili al fine della valutazione del rischio:

---

---

**Firma del medico** \_\_\_\_\_

(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

\_\_\_\_\_

**Luogo**

\_\_\_\_\_

**Data**

## DICHIARAZIONE

---

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano parte integrante del contratto.

L'Assicurato conferma che le presenti dichiarazioni sono esatte e complete e corrispondono a verità.

**Nome e cognome** \_\_\_\_\_

(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

\_\_\_\_\_

**Luogo**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma**