

# REFERTO MEDICO

ITALIA

Utmost Wealth Solutions è il marchio utilizzato da una serie di società Utmost. Questo documento è stato emesso da Utmost Luxembourg S.A.

Compilare in caratteri maiuscoli. Se non diversamente specificato i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa. I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile. Salvo diversamente definito, i termini con la prima lettera in maiuscolo hanno il significato a loro attribuito nel Glossario delle Condizioni Contrattuali.

La Legge 7 dicembre 2023, n. 193 ed il Decreto del Ministero della Sanità 22 marzo 2024 disciplinano il diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica.

Prima di rispondere alle domande contenute nei questionari sanitari, si invitano l'Assicurando ed il Medico esaminatore a prendere conoscenza dei dettagli riportati nell'Allegato 1 al presente documento.

Numero di Polizza	<input type="text"/>		
Medico Visitatore Dr.	<input type="text"/>		
Comune di	<input type="text"/>	Provincia di	<input type="text"/>
Cognome e Nome dell'Assicurando	<input type="text"/>		
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/> professione <input type="text"/>
domiciliato a:	<input type="text"/>	Via	<input type="text"/> n° <input type="text"/>

## A) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO COSTITUENTI LA BASE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurando, nel suo stesso interesse, è tenuto a riportare i suoi precedenti morbosi (malattie, esami praticati, ricoveri, ecc.) onde non esporsi ad eventuali contestazioni per reticenza, dichiarazioni errate o false (artt. 1892 - 1893 Codice Civile)

RISPONDERE ANALITICAMENTE AD OGNI DOMANDA - EVITARE TRATTI DI PENNA

### I. STATO DI FAMIGLIA

	SE VIVENTI		SE DEFUNTI		
	Età	Condizioni di salute o malattie in corso	Età alla morte	In quale anno	Causa della morte
Padre					
Madre					
Fratelli					
Sorelle					
Figli					



Si verificarono nella sua famiglia (anche in via collaterale): malattie cardiovascolari, diabete, malattie nervose o mentali, suicidio, tubercolosi, tumori maligni? Quali?

II. PRECEDENTI PERSONALI: MALATTIE, LESIONI E DISTURBI SOFFERTI DALL'INFANZIA AD OGGI (EPOCA, DURATA, ESITO)

1. Malattie infettive: scarlattina, reumatismo articolare acuto, tubercolosi, sifilide, epatite virale. Quali?

2. Bronchiti, pleuriti, malattie polmonari e del sistema cardio-vascolare, coliche epatiche o renali, ulcere gastro-duodenali, fistole, diabete, gotta, intossicazioni, malattie del sistema linfo-ghiandolare e malattie dell'occhio. Quali?

3. Sono stati praticati esami del sangue? Quando, con quale risultato e per quali ragioni? Sono stati inoltre eseguiti la ricerca dell'AU e dell'HIV? Se sì, con quali risultati? Quando?

4. Ha subito traumi o lesioni accidentali? Quando? Con quali postumi?

5. Ha subito operazioni chirurgiche? Quali, quando, dove e da chi è stato operato? Con quali postumi?

6. Ha mai sofferto o soffre di disturbi, quali ad es.: vertigini, convulsioni, insonnia, tosse, affanno, cardiopalmo, disturbi dell'appetito e della sete, sofferenze durante la digestione, vomito, diarrea, ematemesi, melena, disturbi della defecazione e della urinazione, ernie, emorroidi e malattie della pelle? Quali? Quando?

7. Fa uso continuativo di farmaci? Di quali?

8. Ha effettuato trasfusioni di sangue o di emoderivati? Quando? Per quale motivo?

9. E' stato sottoposto a terapie particolari: ormonali (es. insulina), cortisoniche, antiallergiche, radianti, ecc.? Per quale motivo? Quando?

10. Ha praticato accertamenti diagnostici (radiografie, elettro-cardiogrammi, ecografie, esami istologici, ecc.)? Quali? Per quali motivi? Con quale esito?

11. E' stato ricoverato in case di salute, convalescenziari, ospedali? Dove? Quando? Per quale motivo?

12. E' stato ricoverato in case di salute, convalescenziari, ospedali? Dove? Quando? Per quale motivo?

13. Si sente attualmente in perfetta salute?

14. a) Chi è il suo medico abituale di famiglia?

b) Quando lo consultò? Per quali motivi?

c) Quali altri medici ha consultato? Per quali motivi? Quando?

### III. ABITUDINI DI VITA

1. Ha fatto o fa abuso di bevande alcoliche?

2. Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?

3. a) Fuma o ha fumato?

In caso affermativo

b) In quale misura?

c) Se ha fumato, ha smesso da più di dodici mesi?

### IV. PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Ha subito visite mediche a scopo di assicurazione Vita? Per quale Società? Quando?

2. Il contratto fu accettato a condizioni normali o con maggiorazioni di premio?

3. Oppure fu rifiutato o rinviato? Da quale Società? Per quali motivi?

#### V. SERVIZIO MILITARE

1. Venne dichiarato abile al servizio militare?

2. E' stato riformato? Per quale motivo?

3. Ha goduto o gode di pensione militare e di quale categoria? (specificare la motivazione)

#### VI. DOMANDE SPECIALI PER DONNE

1. a) Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?

b) Quali?

2. a) I parti e i puerperii sono stati normali?

b) Ha avuto parti prematuri od aborti? Quanti? Quando?

c) E' incinta? Di quanti mesi?

d) Ha malattie alle mammelle?

3. Trovasi nell'età critica? Quale ne è il comportamento?

**AVVERTENZA IMPORTANTE:** si rammenta che l'esatta denuncia delle malattie in atto può provocare sovrappremi e che la mancata dichiarazione di pregresse malattie o interventi chirurgici o di circostanze relative ad eventuali esami clinici, radiografici e di laboratorio con esito positivo, espone i Beneficiari della polizza al pericolo - in caso di premorienza dell'Assicurando - di contestazione circa il pagamento della somma assicurata. Nei casi in cui è prevista l'esecuzione del test HIV, ove l'Assicurando non intenda sottoporvisi, diventano operanti le condizioni riportate nell'apposita appendice alla polizza.

Dichiaro di aver letto le risposte soprariportate e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre ad ogni effetto di legge, ed a cautela della Società Assicuratrice che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in rapporto coi questionari contenuti nel presente documento, che riconosco quali elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Dichiaro di conoscere i dettagli della normativa relativa all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e Decreto del Ministero della Sanità 22 marzo 2024), riportati nell'Allegato 1 al presente documento.

Proscioglio dal segreto professionale tutti i medici che mi hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc. ai quali la Società Assicuratrice crederà, in ogni tempo, anche dopo la mia morte, di rivolgersi per informazioni. Acconsento altresì che tali informazioni siano, per finalità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative, comunicate ad altri enti.

Autorizzo altresì il medico visitatore ad inoltrare il presente rapporto di visita medica in busta chiusa alla Direzione della Società.

**Medico**

**FIRMA**

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

**Assicurando alla presenza del Medico**

**FIRMA**

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

**B) DICHIARAZIONI DEL MEDICO**

1. Il medico è legato all'Assicurando da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia o di interesse?

2. E' medico di famiglia?

3. Come si è accertato dell'identità personale dell'Assicurando?

**RISULTATO DELL'ESAME OBIETTIVO PRATICATO ALL'ASSICURANDO****I. CONDIZIONI GENERALI**

1. Mostra l'età indicata?

2. a) Colorito della pelle e delle mucose visibili

- b) Vi sono affezioni cutanee e dell'apparato linfoghiandolare esterno?

- c) Vi sono cicatrici? In quali regioni? Da quali lesioni?

3. Pannicolo adiposo

4. Alterazione delle ossa o delle articolazioni e loro cause, speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, ecc.

**II. MISURE SOMATICHE (DA VERIFICARE)**

Altezza cm.

Peso Kg.

**III. COLLO**

1. Stato della ghiandola tiroide (se vi fosse ipertrofia indicare la consistenza, se è di vecchia data, stazionaria o progressiva).

**IV. APPARATO RESPIRATORIO**

1. Presenta affezioni delle prime vie respiratorie?

2. Forma del torace (indicare se vi sono asimmetrie parziali o totali, se le due metà si espandono ugualmente e se vi sono alterazioni nella frequenza e nel ritmo del respiro)

3. Palpazione del torace

4. Percussione del torace

5. Ascoltazione del torace

6. Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio

---

V. APPARATO CIRCOLATORIO

---

1. Ispezione e palpazione (sede dell'itto, eventuali pulsazioni anormali, ecc.)

2. Percussione della regione cardiaca (precisare i limiti superiore e destro dell'ottusità relativa quando l'area risulti ingrandita).

3. Ascoltazione del cuore (indicare se vi sono modificazioni dei toni e se vi fossero soffi, rumori, designarne con precisione la sede, il tempo nel quale si ascoltano, la qualità, la diffusione. Precisare se si tratta di rumori organici o funzionali).

4. Polso: frequenza (a riposo e dopo 10 flessioni), ritmo, ampiezza, tensione.

5. Pressione arteriosa Mx e Mn (indicare l'apparecchio usato e l'ora della misurazione)

6. Esame delle arterie e delle vene (arteriti, flebiti, varici, ecc.)

7. Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato circolatorio

## VI. APPARATO DIGERENTE

1. Condizioni della bocca e della gola (lingua, denti, fauci)

2. Ispezione dell'addome

3. Palpazione dell'addome (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione).

4. Esame del fegato (è palpabile, dolente, duro, bernoccolato)? In caso di alterazione indicare i limiti.

5. Grandezza della milza

6. Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente

## VII. APPARATO URO - GENITALE

Vi sono elementi che facciano ritenere opportuno un esame urologico specialistico? Quali?

## VIII. SISTEMA NERVOSO

1. Condizioni psichiche

2. Motilità (indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari e se vi sono disturbi nella stazione eretta e nel cammino)

3. Riflessi superficiali ed osteo tendinali (rotulei, achillei, ecc.)

4. a) Vi è esoftalmo?

b) pupille (forma e simmetria, reazione alla luce e all'accomodazione)

c) disturbi della vista (in caso di notevole miopia e di ipermetropia indicarne il grado)

5. Orecchio: disturbi organici e funzionali; quali?

6. Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso, mentale e degli apparati visivo e auditivo

---

IX. PER DONNE

---

1. Condizioni delle mammelle

2. Il medico fiduciario ritiene necessario un esame ginecologico per sospetto di alterazione degli organi genitali?

---

X. RISULTATO DELLE ANALISI DELL'URINA EMESSA ALLA PRESENZA DEL MEDICO

---

ASPETTO	ALBUMINA	GLUCOSIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Metodi di ricerca  
adoperati

Praticare o far praticare l'esame completo presso un laboratorio attrezzato, in qualunque caso si ritenga necessario

---

XI. CONCLUSIONE

---

1. Tenuto conto di tutti i dati raccolti, qual è il giudizio diagnostico?

2. Qual è il giudizio prognostico? (rischio: buono, mediocre, cattivo?)

3. Quali altri esami ritiene necessari per una più esatta diagnosi e prognosi?

Il sottoscritto dichiara di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo dell'Assicurando con diligenza e precisione e **si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio da lui dato; consegna questo rapporto in busta chiusa soprafirmata** all'Assicurando perchè la faccia pervenire alla Direzione della Società.

Comune

**Medico**

**FIRMA**

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

ora

in cui è stata fatta la visita  
medica

Domicilio

OSSERVAZIONI

## ALLEGATO 1

La Legge 7 dicembre 2023, n. 193 "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" riporta, nell'Art. 2, le indicazioni relative all'accesso ai servizi bancari, finanziari, di investimento ed assicurativi per le persone guarite da patologie oncologiche.

Si riporta di seguito il contenuto del suddetto Art. 2:

1. Ai fini della stipulazione o del rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché nell'ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, anche esclusivamente tra privati, quando, al momento della stipulazione del contratto o successivamente, le informazioni sono suscettibili di influenzarne condizioni e termini, non è ammessa richiesta di informazioni relative allo stato di salute della persona fisica contraente concernenti patologie oncologiche da cui la stessa sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Le informazioni di cui al presente comma non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal contraente e, qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.
2. In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, ivi compresi le trattative precontrattuali e la stipulazione o il rinnovo di contratti, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione e gli intermediari finanziari e assicurativi forniscono alla controparte adeguate informazioni circa il diritto di cui al comma 1, di cui è fatta espressa menzione nei moduli o formulari predisposti e utilizzati ai fini della stipulazione o del rinnovo dei predetti contratti.
3. Nei casi di cui ai commi 1 e 2 non possono essere altresì applicati al contraente limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.
4. È fatto divieto alle banche, agli istituti di credito, alle imprese di assicurazione e agli intermediari finanziari e assicurativi di richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari, nei casi di cui al comma 1, per la stipulazione dei contratti indicati al medesimo comma.
5. Qualora le informazioni di cui al comma 1 siano state fornite precedentemente, non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio dell'operazione o della solvibilità del contraente, decorso il termine stabilito dal medesimo comma 1. A tal fine, il contraente invia tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'impresa di assicurazione o all'intermediario finanziario o assicurativo, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata, la certificazione rilasciata secondo le disposizioni del decreto previsto dall'articolo 5, comma 1. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, gli operatori di cui al secondo periodo in possesso delle informazioni di cui al comma 1 del presente articolo procedono alla loro cancellazione.
6. Nei contratti concernenti operazioni e servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché negli altri contratti di cui al comma 1, stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, la violazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 5 determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi di cui al comma 1 e di quelle a esse connesse e non comporta la nullità del contratto, che rimane valido ed efficace per il resto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
7. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Comitato interministeriale per il credito e il risparmio, con propria deliberazione, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, stabilisce le modalità di attuazione del comma 1, eventualmente predisponendo formulari e modelli. Analogo provvedimento è adottato, entro il medesimo termine di cui al primo periodo, dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

Il successivo Decreto del Ministero della Sanità del 22 marzo 2004 ha introdotto alcune precisazioni relative ai termini applicabili per specifiche patologie oncologiche, riportati nella tabella seguente:

“Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico”

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

## A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. è iscritta al Registro del Commercio e delle Imprese, R.C.S. Luxembourg, con il numero B37604 ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances (CAA)

Sede legale: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions è un marchio utilizzato dalle società del gruppo Utmost