

Domande sullo stato di salute

In aggiunta al modulo «Dichiarazione relativa allo stato di salute per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia».

Persona da assicurare

Cognome _____
 Nome _____
 Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)
 Nome azienda/datore di lavoro _____

Indicazioni supplementari relative dalla Rubrica B

Domanda n. (rubrica B): _____ Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (*Se è possibile indicarlo*) Sinistra Destra
 Inizio: _____
 È guarito/a completamente/senza conseguenze? Sì No
 Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti? Sì No
 Se no: data dell'ultimo trattamento _____

Medico curante:

Ambulatorio/Ospedale _____ Nome _____
 Via/no. _____ NPA/Località _____

Domanda n. (rubrica B): _____ Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (*Se è possibile indicarlo*) Sinistra Destra
 Inizio: _____
 È guarito/a completamente/senza conseguenze? Sì No
 Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti? Sì No
 Se no: data dell'ultimo trattamento _____

Medico curante:

Ambulatorio/Ospedale _____ Nome _____
 Via/no. _____ NPA/Località _____

Osservazioni particolari

Luogo/data

Firma del/della richiedente

Nome e firma del/della consulente