



INTESA SANPAOLO  
PROTEZIONE



INTESA SANPAOLO  
ASSICURAZIONI

## Polizza ProteggiMutuo Smart

### QUESTIONARIO MEDICO Mod. 186243 Ed. 11/2023

da inviare unitamente a una copia della Proposta, a mezzo lettera raccomandata al seguente indirizzo:

Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. - Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.  
Ufficio Assunzioni e Variazioni Vita e CPI - Via Melchiorre Gioia, 22 - 20124 - Milano

#### AVVERTENZA

Si ricorda che, in base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario medico, si sia già concluso senza episodi di recidiva, da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia era insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologica come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.

Nel presente documento, le domande sulle patologie oncologiche e relative cure sono state formulate tenendo conto del diritto all'oblio oncologico.

### COMPILATO A CURA DEL

DR. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_

Cognome e nome del Proponente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ di professione \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

N° Proposta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Filiale Intesa Sanpaolo di \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

#### A - ANAMNESI FAMILIARE

| FAMILIARI      | Età | VIVENTI                       |                          | DEFUNTI        |               |                                                        |
|----------------|-----|-------------------------------|--------------------------|----------------|---------------|--------------------------------------------------------|
|                |     | Condizione di salute attuale: |                          | Età alla morte | In quale anno | Eventuali malattie eredo-familiari e causa della morte |
|                |     | Normale                       | Patologica (1)           |                |               |                                                        |
| 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"/> |                |               |                                                        |
| Coniuge .....  |     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                |               |                                                        |
| Figli .....    |     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                |               |                                                        |
|                |     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                |               |                                                        |
|                |     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                |               |                                                        |

(1) Precisare eventuali malattie eredo-familiari (diabete, gotta, ecc.)

#### B - ANAMNESI PERSONALE

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 - Servizio militare</b><br>1.1 - È stato dichiarato abile al servizio militare?<br>- Se NO per quali motivi?                                                                                | Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>2 - Abitudini di vita</b><br>2.1 - Ha fatto uso di { tabacco?<br>alcolici?<br>2.2 - Attualmente fa uso di { tabacco?<br>alcolici?<br>2.3 - Ha fatto uso o fa uso di stupefacenti o di droghe? | Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Indicare la quantità giornaliera NO <input type="checkbox"/><br>Indicare la quantità giornaliera NO <input type="checkbox"/><br>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Indicare la quantità giornaliera NO <input type="checkbox"/><br>Indicare la quantità giornaliera NO <input type="checkbox"/><br>Sì <input type="checkbox"/> quali? NO <input type="checkbox"/> |

Pag. 6 di 12

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasnpaoloprotezione.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Sede legale: Via San Francesco d'Assisi n. 10, 10122 Torino - Sede Operativa: Via Melchiorre Gioia n. 22, 20124 Milano - comunicazioni@pec.intesasnpaoloassicurazioni.com, Capitale Sociale Euro 320.422.508, Codice Fiscale e n. iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 - Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo", Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) - Sede Secondaria: Intesa Sanpaolo Assicurazioni Dublin Branch, 1st Floor International House, 3 Harbourmaster Place, IFSC Dublin, D01 K8F1 (Ireland), registrata in Irlanda presso il C.R.O. (Companies Registration Office) n. 910051, VAT 4194641PH (IE4194641PH) - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00066 - Capogruppo del Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 - È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati?</b><br>In caso affermativo specificare il motivo e l'epoca                                                                                                                                                                   | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....                                          |
| <b>7 - Ha praticato esami?</b><br>– quali? (urine, sangue, HIV, ricerca antigene AU, radiologici, elettrocardiografici, elettroencefalografici ecc.)<br><br>– per quali motivi?<br><br>– quando? con quale esito?                                                                                              | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                        |
| <b>8 - Ha medico abituale o di famiglia?</b><br>– nome e cognome<br>– indirizzo<br>– quando e per quali motivi lo ha consultato                                                                                                                                                                                | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....                                 |
| <b>9 - Pratica attualmente cure (dietetiche, di insulina o di preparati ipoglicemizzanti, idrobalneoterapiche, roëntgen/radium-terapiche o altre)?</b><br>– se SÌ, precisare quali                                                                                                                             | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....                                 |
| <b>10 - Precedenti assicurativi?</b><br>– ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita?<br>– è stato accettato a condizioni normali?                                                                                                                                                                 | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>11 - Altre dichiarazioni del Proponente?</b><br>– beneficia di una pensione di invalidità?<br>– se SÌ, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità<br>– altre dichiarazioni                                                                                                                       | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....                                          |
| <b>12 - Negli ultimi 10 anni (o negli ultimi 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età) o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 si è sottoposto a chemioterapia antineoplastica o radioterapia?</b><br>– se SÌ, precisare quali | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....                                 |
| <b>13 - Negli ultimi 10 anni (o negli ultimi 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età) o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 ha sofferto di neoplasie maligne di qualsiasi tipo?</b><br>– se SÌ, precisare quali             | SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>.....<br>.....<br>.....                                 |

**Dichiaro ad ogni effetto di legge di aver letto le risposte sopra scritte e di trovarle in tutto conformi a quelle da me date.**

Dichiaro inoltre di non soffrire di una o più delle seguenti malattie: malattie psichiatriche, malattie genetiche, malattie rare, altre malattie non riportate e che abbiano comportato o comportino un trattamento per un periodo continuativo superiore a 30 giorni.

Data .....

FIRMA DEL PROPONENTE

**C - DICHIARAZIONI DEL MEDICO**

1 - È legato al Proponente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi?

Sì ☐NO ☐

2 - È medico abituale o di medicina generale del Proponente?

Sì ☐NO ☐**D - ESAME OBIETTIVO****1 - Condizioni generali**

1.1 - Aspetto generale (obeso, gracile, magro)

1.2 - Parametri

| Altezza<br>(cm) | Peso<br>(kg) | Circonferenza toracica<br>(cm) |            | Circonferenza<br>addominale<br>(cm) | Pressione arteriosa |     | Frequenza del polso |
|-----------------|--------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------|---------------------|-----|---------------------|
|                 |              | Mx. ispir.                     | Mx. espir. |                                     | Mx.                 | Mn. |                     |
|                 |              |                                |            |                                     |                     |     |                     |

Normale

Patologico

1.3 - Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)

☐☐ .....  
.....

1.4 - Apparato muscolare (masse muscolari)

☐☐ .....  
.....

1.5 - Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie ecc.)

☐☐ .....  
.....

1.6 - Apparato linfatico (adenopatie)

☐☐ .....  
.....

1.7 - Condizioni della tiroide

☐☐ .....  
.....

1.8 - Condizioni delle mammelle

☐☐ .....  
.....**2 - Apparato respiratorio**

2.1 - Prime vie respiratorie (naso, tonsille ecc.)

☐☐ .....  
.....

2.2 - Voce

☐☐ .....  
.....

2.3 - Ispezione, palpazione e percussione

☐☐ .....  
.....

2.4 - Auscultazione

☐☐ .....  
.....

Conclusione diagnostica

☐☐ .....  
.....

| 3 - Apparato cardiovascolare                                                                     | Normale                  | Patologico                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 3.1 - Cuore                                                                                      |                          |                                |
| – ispezione e palpazione                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| – percussione (area cardiaca)                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| – auscultazione                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 3.2 - Arterie (palpazione, soffi)                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 3.3 - Vene (varici ecc.)                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| Conclusione diagnostica                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| <b>4 - Apparato digerente</b>                                                                    |                          |                                |
| 4.1 - Bocca                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 4.2 - Addome                                                                                     |                          |                                |
| – ispezione e palpazione                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 4.3 - Fegato                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 4.4 - Milza                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 4.5 - Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC ecc.)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| 4.6 - Eventuali ernie (sede, tipo, riducibilità ecc.)                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| Conclusione diagnostica                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| <b>5 - Apparato uro genitale</b>                                                                 |                          |                                |
| 5.1 - Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatismo, stenosi uretrale ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
| Conclusione diagnostica                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                  |                          | .....                          |
|                                                                                                  |                          | .....                          |

|                                                                                                            | Normale                  | Patologico                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>6 - Sistema nervoso</b>                                                                                 |                          |                                |
| 6.1 - Condizioni psichiche                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                            |                          | .....                          |
| 6.2 - Motilità                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                            |                          | .....                          |
| 6.3 - Sensibilità e riflessi                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                            |                          | .....                          |
| 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"/> ..... |
|                                                                                                            |                          | .....                          |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Conclusione diagnostica </div> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ..... |
|                                                                                                            |                          | .....                          |
|                                                                                                            |                          | .....                          |

Il Proponente dichiara di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, Infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
- **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
- **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
- **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
- **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
- **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo negli ultimi 10 anni (o negli ultimi 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024).
- **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.

FIRMA DEL PROPONENTE

Il Medico curante dichiara di aver raccolto l'anamnesi di cui alla sezione A e B ed eseguito l'esame obiettivo di cui alla sezione D del Proponente \_\_\_\_\_

con diligenza e consegna il presente Questionario Medico al Proponente.

Data \_\_\_\_\_

in cui è stato compilato il questionario medico.

Luogo \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE