



Rapporto di Visita Medica

per il contratto Semplicemente Vita e Semplicemente Vita Più e Assicurazione Key Man e Tutta la Vita

Agenzia di: _____	Codice _____
Eseguito dal Dott. _____	residente a _____
Indirizzo _____	CAP _____ Prov. _____
Riguardante l'Assicurando Sig. _____	Nato a _____ il _____
residente a _____	Indirizzo _____
di professione _____	documento di riconoscimento _____

Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande, indicando, in caso di possibili dubbi interpretativi, tutti i dettagli che possono chiarire meglio la circostanza. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).

In caso di risposta affermativa specificare nell'apposito spazio

Lei è il Medico curante dell'Assicurando?

In caso affermativo La preghiamo di specificare da quanto tempo conosce l'assicurando, quando è stato consultato da lei l'ultima volta e per quale motivo.

Parte I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

1	<p>Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di: malattie di cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, ipertensione, cancro o tumori, corea di Huntington, malattie nervose o mentali, morbo di Parkinson o morbo di Alzheimer?</p> <p><i>In caso affermativo specificare l'età alla diagnosi e il tipo di malattia</i></p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
2	<p>Ha praticato negli ultimi 5 anni esami clinici? (elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, radiografia, esami del sangue, TAC, risonanza magnetica, test HIV, altri).</p> <p><i>(Se sì, specificare gli esami effettuati, il motivo e il loro esito)</i></p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
3	<p>Ha mai subito un ricovero o un intervento (ad eccezione di ricoveri/interventi per parto, appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale, ernia discale, infortuni senza postumi, chirurgia estetica).</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
4	<p>Attualmente è in attesa di ricovero?</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	



<p>5 Soffre attualmente di postumi di pregresse malattie? (Se sì, indicare patologie ed eventuali percentuali di invalidità permanente)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>6 Ha sofferto in passato o soffre attualmente di malattie o disturbi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumori, cancro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato respiratorio? (bronchite cronica, pleurite, TBC, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato cardiocircolatorio, cerebrovascolare? (infarto, angina pectoris, ipertensione [indicare valori e cure] valvulopatie, arteriopatie, soffi cardiaci, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato digerente? (ulcera gastroduodenale, colite ulcerosa, epatite virale [indicare tipo A B C], cirrosi epatica, calcolosi epatica, calcolosi biliare, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato urogenitale? (nefriti, calcolosi renale, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato muscolo-scheletrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sistema nervoso o della psiche? (epilessie, nevrosi, paralisi, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sistema endocrino-metabolico? (diabete [indicare tipo], gotta, alterazioni della tiroide, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • agli organi di senso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sangue? (anemie [indicare tipo], leucemia, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • della pelle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	<p>Natura della malattia</p>	<p>Epoca di insorgenza</p>	<p>Data eventuale ricovero e durata o termine della malattia</p>
<p>7 E' stato sottoposto a terapia radiante e/o chemioterapia? (Se sì, specificare anno e motivo)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>8 E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? (Se sì, specificare anno e motivo)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>9 Fa attualmente uso di farmaci? (Se sì, specificare quali, da quanto tempo e perché)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			



<p>10 Fa o ha fatto uso di alcolici? (<i>precisare i consumi</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Indicare la tipologia e la quantità</p>
<p>11 Attualmente fuma?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>(<i>In caso di risposta affermativa indicare la quantità e la tipologia</i>)</p>	
<p>12 Ha mai fatto o fa attualmente uso di sostanze stupefacenti?</p> <p>(<i>Se sì, indicare quali e per/da quanto tempo</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>13 Solo per le donne:</p> <p>ha mai sofferto di alterazioni del ciclo, malattie delle mammelle, disturbi durante la gravidanza o degli organi riproduttivi?</p> <p>(<i>Se sì, indicare quali</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>14 Solo per le donne:</p> <p>E' attualmente incinta?</p> <p>(<i>Di quanti mesi?</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>15 Eventuali altre informazioni di carattere sanitario che ritiene utile comunicare (in particolare se è previsto un ricovero o un intervento chirurgico)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in relazione al mio stato di salute, anche se non espressamente richiesto. Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia. Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dell'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, assicurative e riassicurative.</p> <p>HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA.</p> <p>Data, _____ FIRMA DELL'ASSICURANDO _____</p>	



Parte II: ESAME OBIETTIVO

		Normale	Patologico	NOTE DI PATOLOGIA
1	Costituzione _____ Altezza _____ cm ____ Peso _____ kg ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	Cute e mucose visibili _____ (colorito, affezioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	Sistema linfonodale superficiale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	Stato della ghiandola tiroide _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5	Apparato osteo-articolare _____ (deformità, mutilazioni, artropatie, ecc.) Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____
6	Apparato respiratorio _____ • Prime vie aeree _____ • Voce _____ • Ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace _____ Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____
7	Apparato cardiovascolare _____ • Ispezione, palpazione, percussione dell'ala cardiaca _____ • Ascoltazione _____ <div style="text-align: center;">Mx Mn</div> • Rilevazione P.A. _____ / _____ • Arterie _____ • Vene (varici, emorroidi) _____ Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____
8	Apparato digerente _____ • Addome (ispezione e palpazione) _____ • Fegato _____ • Milza _____ Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____



	Normale	Patologico	NOTE DI PATOLOGIA	
9 Apparato uro-genitale _____ • Reni, vescica, uretra, prostata, utero _____ Conclusione diagnostica _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
10 Sistema nervoso e organi di senso _____ • Condizioni psichiche _____ • motilità _____ • sensibilità e riflessi _____ • udito _____ • vista _____ • olfatto _____ Conclusione diagnostica _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	
11 Analisi urine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Eventuali accertamenti che il curante ritiene opportuno far eseguire per una corretta diagnosi _____ _____ _____				
Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. _____ (documento di riconoscimento _____) con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio dato, rimette questo rapporto in busta chiusa soprafirmata all'agente perché la trasmetta alla Compagnia. _____, data _____ <div style="text-align: right;">Timbro e Firma del Medico _____</div>				
SEZIONE RISERVATA ALLA DIREZIONE DELLA COMPAGNIA				
Valutazione del rischio ai fini dell'assicurazione vita	NORMALE <input type="checkbox"/>	TARATO <input type="checkbox"/>		
Valutazione ai fini della eventuale concessione dell'assicurazione complementare del rischio di invalidità	FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	FAVOREVOLE CON ESCLUSIONE DELL'APPARATO	Uditivo <input type="checkbox"/> Visivo <input type="checkbox"/> Osteo-articolare <input type="checkbox"/> Altri _____
DOCUMENTAZIONE MANCANTE _____ _____				
ULTERIORI ACCERTAMENTI _____ _____				
EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI _____ _____				
_____, data _____ <div style="text-align: right;">Timbro e Firma del Medico _____</div>				