

**Poste Vita S.p.A.** • 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: postevita@pec.postevita.it • www.postevita.it  
• Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07066630638, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043  
• Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

## QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLA DENUNCIA DEL SINISTRO (Questionario di Invalidità Totale e Permanente - Assicurato)

### Dati dell'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato: .....

Data di nascita: ..... Professione: .....

Numero di figli: ..... Codice fiscale: [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Documento di riconoscimento: ..... Numero del documento: .....

Indirizzo: .....

Numero di polizza: .....

### 1. Storia medica

A) Di quali disturbi, malattie, menomazioni soffre attualmente o ha sofferto recentemente?

Descriva i sintomi attuali: .....  
.....  
.....

Queste condizioni sono dovute a un infortunio? Sì  No

In caso affermativo, fornire dettagli: .....  
.....  
.....

B) Percepisce una pensione d'invalidità o una pensione per inabilità permanente o un anticipo di pensione per ragioni di salute: Sì  No

In caso affermativo indicare il tipo di pensione: .....  
da quando: .....  
Grado d'invalidità: .....%

C) Quando ha consultato per la prima volta il suo medico in relazione a quanto descritto al punto A)?

.....

D) Quando si è reso necessario per la prima volta un trattamento medico in relazione a quanto descritto al punto A)?

.....

E) Che tipo di trattamento sta seguendo attualmente e quali farmaci assume?

.....  
.....  
.....

F) La condizione descritta al punto A) è peggiorata o migliorata dalla sua insorgenza nel tempo fino ad ora?

.....  
.....  
.....



Lavarsi in modo soddisfacente in altro modo? Sì  No   
Se non è in grado, specificare il motivo e il tipo di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

**B) Vestirsi**

È in grado di vestirsi completamente e senza aiuto? Sì  No

Se non è in grado, specificare cosa non riesce a fare e il tipo di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

**C) Alimentarsi**

È in grado di alimentarsi senza aiuto? Sì  No

Se non è in grado, specificare il problema e la forma di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

**D) Spostarsi**

È in grado alzarsi dal letto, sedersi, o alzarsi dalla sedia senza aiuto? Sì  No

Se non è in grado, specificare il motivo e la forma di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

**In caso di necessità l'Assicurato è pregato di fornire tutta la documentazione medica (lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri, certificati, cartelle cliniche,...) rilevante per la valutazione dello stato di Invalidità.**

Data: .....

Firma .....