

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 - Medico)

Dati dell'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato:

Data di nascita: Professione:

Numero di figli:

Indirizzo:

Numero di polizza:

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE:

Dati del medico curante:

Nome e Cognome del medico curante:

Indirizzo:

Numero di telefono:

1. Lei è il medico curante dell'Assicurato?

Si No

In caso affermativo, da quanto tempo?

2. In che data ha visitato l'Assicurato l'ultima volta?

Quando ha visitato per la prima volta l'Assicurato in merito alla sintomatologia attuale?

.....

3. Particolari sul domicilio e situazione attuale:

L'Assicurato vive a casa propria?

o risiede in una casa di cura?

A) Se vive a casa propria:

Quali cure, trattamenti o aiuti richiede e da quando?

.....

.....

L'Assicurato richiede costantemente l'assistenza di una terza persona per effettuare le attività elementari della vita quotidiana? Si No

In caso affermativo, trattasi di:

parenti, amici:

assistenza a domicilio:

in caso di assistenza a domicilio indicare le ore settimanali:

Note aggiuntive:

B) Se risiede in casa di cura, di riposo o struttura analoga, indicare:

Nome:

Indirizzo:

Data di ingresso:

Eventuale data d'uscita:

Eventuale data di trasferimento in una struttura analoga:

4. Cause della richiesta di invalidità:

A) Data della prima manifestazione di difficoltà ad effettuare le attività elementari della vita quotidiana:

B) In caso d'infortunio:
Data dell'infortunio:
Quali sono i postumi:
.....
.....

C) In caso di malattia:
Diagnosi:
Si tratta di una malattia ricorrente:
Data della diagnosi:

D) Quali sono i trattamenti attuali?
Farmaci:
.....
.....
Cure infermieristiche:
.....
Trattamenti di fisioterapia/ergoterapia:
.....
Altri:
.....

E) C'è possibilità di miglioramento/evoluzione dello stato clinico attuale?
.....
.....
.....

Lo stato clinico attuale può essere considerato consolidato, non evolutivo?
.....
.....
.....

F) L'Assicurato fa uso o ha fatto uso eccessivo di alcolici? Sì No

In caso affermativo quanto e da quando:
Lo stato di invalidità può essere legato all'eccessivo consumo? Sì No

G) L'Assicurato 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 di invalidità: %

5. Fornire la storia medica pregressa dell'Assicurato: eventuali malattie fisiche/mentali ed infortuni

Diagnosi esatta	Data della diagnosi	Tipo di trattamento medico ed eventuale durata	Postumi

6. Descrizione dettagliata delle deficienze dei vari apparati:

A) APPARATO LOCOMOTORE:

Arto superiore (AS)

parte dominante:

destra

sinistra

Arto inferiore (AI)

parte dominante:

destra

sinistra

Eventuali protesi:

Paralisi: ASD

ASS

AID

AIS

emicorpo

Paresie: ASD

ASS

AID

AIS

emicorpo

B) APPARATO RESPIRATORIO:

Elementi clinici:

broncorrea

ipertensione polmonare

affaticamento

dispnea

Elementi paraclinici: EFR

(EFR: esplorazione funzionale respiratoria)

C) APPARATO CARDIOVASCOLARE:

Elementi clinici:

stato anginoso:

stato dispnoico:

Elementi paraclinici:

Data e risultati dell'ultimo ECG:.....
.....
.....

D) APPARATO VISIVO:

Visus (dopo correzione ed espressa in 1/10): OD: OS:.....
.....
.....
.....

E) APPARATO AUDITIVO:

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

F) APPARATO DIGESTIVO:

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

G) APPARATO ENDOCRINOLOGICO:

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

H) APPARATO URINARIO:

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

I) APPARATO EMATOPOIETICO ED IMMUNITARIO:

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

K) QUADRO NEURO-PSICHIATRICO

DA COMPILARE SOLAMENTE IN CASO DI DEMENZA SENILE O PRESENILE INVALIDANTE

Risultati dei test psicoattitudinali:

MMS:.....
.....
.....

Altri.....
.....
.....

	Si	No	Gravità 1: lieve 2: media 3: severa
Idee deliranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Agitazione/Aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Depressione/ Disforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Apatia/Indifferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3

Valutazione dei disturbi:			
	Nessuna difficoltà	Difficoltà moderata	Grave difficoltà
Parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepire il suono delle parole e valutazione a comprendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientarsi all'interno della propria dimora abituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricordarsi gli avvenimenti recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricordarsi gli avvenimenti passati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Valutazione del livello di invalidità

Quali delle seguenti attività l'Assicurato è/non è in grado di svolgere?

A) Lavarsi:

L'Assicurato è in grado di mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo? Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso d'incontinenza, un livello soddisfacente d'igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente Si No
Tutto da solo, con difficoltà Si No
Con un'assistenza parziale per qualche parte del corpo Si No
Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per la totalità della sua igiene personale. Si No

Note aggiuntive:

.....

.....

.....

B) Vestirsi

L'Assicurato è in grado di vestirsi?

Capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo d'indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato/a senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante per la valutazione.

Tutto da solo, facilmente Si No
Tutto da solo, con difficoltà Si No
Con un'assistenza parziale per indossare, togliere, allacciare o slacciare alcuni vestiti. Si No

Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per vestirsi e spogliarsi. Si No

Note aggiuntive:
.....
.....
.....

C) Alimentarsi

L'Assicurato è in grado di alimentarsi?
Capacità di mangiare e bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente Si No
Tutto da solo, con difficoltà Si No
L'Assicurato necessita un'assistenza parziale, per esempio per tagliare il cibo Si No
Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per alimentarsi Si No

Note aggiuntive:
.....
.....
.....

D) Spostamento/Deambulazione

L'Assicurato è in grado di spostarsi nella propria dimora abituale?
Capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente Si No
Tutto da solo, con difficoltà o con ausili specifici (bastone, stampelle, deambulatore, carrozzina,...) Si No
Con l'assistenza per certi spostamenti, per esempio fare un paio di passi, scendere dal letto, alzarsi da una sedia. Si No
Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, l'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per tutti gli spostamenti all'interno della propria dimora. Si No

Note aggiuntive:
.....
.....
.....

Data: _____

Firma e timbro _____