

Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

Rapporto di visita medica

Cognome e nome dell'Assicurando

Codice Fiscale Assicurando

Codice Fiscale Contraente (se diverso dall'Assicurando)

Documento di riconoscimento N. del Documento

Data di nascita Professione

Dichiarazione dell'Assicurando sottoscritta dal medesimo

- **Dichiara di non essere esposto a rischi particolari nell'esercizio della propria professione** contatto con sostanze nocive, gas, acidi, alta tensione, radiazione, utilizzo di attrezzature pericolose o macchinari (quali gru, alberi da carico, trivelle, perforatrici), lavoro su piattaforme, ponteggi, impalcature, tetti, lavoro nell'industria mineraria, lavori subacquee, utilizzo di esplosivi, lavoro su aerei non di linea;

Firma dell'Assicurando

.....

- **Dichiara di non praticare sport pericolosi:** alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, sport aerei (quali paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante) sport motoristici, motonautica, motoslitte, aviazione privata, sport estremi (quali base jumping, rafting, torrentismo).

Firma dell'Assicurando

.....

Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

1. Ai suoi genitori, fratelli, sorelle sono state riscontrate malattie tra quelle indicate? NO SI

	PADRE	MADRE	FRATELLI	SORELLE
<input type="checkbox"/> dimetaboliche (diabete, gotta, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tumori maligni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altre malattie ereditarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Precisazioni (specificare oltre al grado di parentela, la malattie e l'età al momento della diagnosi)

.....

2. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici? NO SI

	Motivo, quando ed esito
<input type="checkbox"/> elettrocardiogramma
<input type="checkbox"/> radiografie
<input type="checkbox"/> elettroencefalogramma
<input type="checkbox"/> esami del sangue
<input type="checkbox"/> analisi delle urine
<input type="checkbox"/> altri

3. È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale? NO SI

Per quali cause.....

Dove

Per quanto tempo

4. Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica? NO SI

Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando

.....

.....

5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO SI

- della vista
- dell'udito
- degli arti
- altri

Motivo, quando ed esito

.....

.....

.....

.....

6. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI

- del cranio
- degli organi di senso
- degli arti
- di altre sedi

Motivo, quali, quando e postumi

.....

.....

.....

.....

7. Fa uso o ha fatto uso di:

- a) alcolici
- b) tabacco

NO SI
NO SI

Quanto e da quando

.....

.....

8. Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)? NO SI

Quali

Quando.....

Per quanto tempo.....

9. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI

- per infortuni sul lavoro
- per malattie professionali
- per infortuni da attività sportive
- altre

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

.....

.....

.....

.....

10. È stato riformato alla visita di leva? NO SI

Motivo

.....

11. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio? NO SI

- asma
- bronchite
- enfisema
- pleurite
- tubercolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- dell'apparato cardiocircolatorio? NO SI

- infarto
- angina
- ipertensione
- valvulopatie
- arteropatie
- varici degli arti inferiori
- altre malattie o disturbi

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- dell'apparato digerente? NO SI

- gastroduodenite
- ulcera gastroduodenale
- colite ulcerosa
- epatite
- cirrosi epatica
- calcolosi biliare
- tumori
- altre malattie o disturbi

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- dell'apparato genitourinario? NO SI

- nefrite
- calcolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- dell'apparato muscoloscheletrico? NO SI

- artrite
- artrosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- del sistema nervoso o della psiche? NO SI

- epilessia
- nevrosi
- paralisi
- tumori

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- malattia di Parkinson
- malattia di Alzheimer
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato endocrino-metabolico? NO SI

- Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi
- diabete
 - dislipidemie
 - malattie della tiroide
 - malattie surrenali
 - altre malattie o disturbi

- del sangue? NO SI

- Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi
- anemia
 - leucemia
 - emofilia
 - altre malattie o disturbi

12. Per Assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? NO SI
- b) ha malattie della mammella? NO SI
- c) è incinta? NO SI

Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi
.....
.....
(mese di gravidanza e andamento)
.....

13. Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?

generalità

indirizzo

14. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? NO SI

Motivo, quando, quali, trattamento e postumi
.....

15. È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati? NO SI

Motivo e quando
.....
.....

16. Eventuali comunicazioni, in particolare se è previsto un ricovero ospedaliero? NO SI

Motivo e quando

.....
.....

17. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?

NO SI

Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia

.....

18. Si è sottoposto ad un test anti-HIV?

NO SI

Quando ed esito

.....

19. È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? NO SI

Quali, quando, motivo e postumi

.....

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando

.....

.....

Parte II: esame obiettivo

Aspetto - costituzione fisica

altezza: cm peso: Kg precisazioni

.....

Il rapporto altezza/peso è normale?

SI NO

se no, perché?.....

Pressione arteriosa

sistolica diastolica frequenza cardiaca

Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita.

Risultato

1. Cute e mucose visibili SI NO

2. (per le donne) ghiandole mammarie

È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

3. Masse muscolari

È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

4. Sistema linfonodale superficiale

È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

5. Stato della tiroide

È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

6. Apparato muscoloscheletrico È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

Conclusione diagnostica

.....

7. Apparato respiratorio

vie aeree superiori È normale? SI NO

voce È normale? SI NO

ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

Conclusione diagnostica

.....

8. Apparato cardiovascolare

ispezione, palpazione, percussione È normale? SI NO

auscultazione È normale? SI NO

arterie (in particolare polsi periferici) È normale? SI NO

vene (varici, emorroidi, ecc.) È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

9. Bocca e apparato digerente

- bocca
- addome (ispezione e palpazione)
- fegato
- milza

- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

10. Apparato genitourinario

È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

11. Sistema nervoso e organi di senso

- condizioni psichiche
- motilità
- sensibilità e riflessi
- udito
- vista
- olfatto

- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

12. Analisi del sangue

- emocromo completo
- colesterolo totale
- HDL e LDL
- trigliceridi
- glicemia
- Hbs Ag
- HCV

- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO
- È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

13. Analisi delle urine

È normale? SI NO

Se no, perché?.....

Conclusione diagnostica

Conclusioni

Diagnosi

Giudizio prognostico

Buono Mediocre Sfavorevole

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?

SI NO

Quali e motivi

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari

8

Indirizzo dello studio medico:

Comune

Data e ora in cui è stata eseguita la visita

Firma e timbro del medico:

Prosciolo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Firma dell'Assicurando

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione della documentazione sanitaria:

- (a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (Artt. 1892 - 1893 Cod.Civ.);
- (b) prima della sottoscrizione della documentazione sanitaria, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa riportate;

(c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

L'Assicurando dichiara di aver ricevuto e preso visione del set Informativo Mod. 145 Ed. novembre 2019 contenente il documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), il documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita), le Condizioni di Assicurazione, il Documento di Polizza, il Modulo di Proposta, la Dichiarazione di Buono Stato di Salute ed il Glossario relativo al Contratto di Assicurazione sulla Vita temporanea caso morte.

Firma dell'Assicurando

.....

Letta l'Informativa resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e consapevole che i suoi dati personali saranno trattati, oltre che da Poste Vita S.p.A., anche dalla società di Riassicurazione in qualità di autonomo titolare del trattamento, il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali e quelli relativi alla salute, con la finalità di valutare la possibilità di stipulare il Contratto di Assicurazione.

Firma dell'Assicurando

.....

Il presente rapporto di visita medica dovrà essere inviato a Poste Vita S.p.A. insieme agli esami medici richiesti.