

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

Motivo, quando ed esito

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

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

6. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI

Motivo, quando ed esito

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

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

7. Fa uso o ha fatto uso di:

- a) alcolici NO SI
- b) tabacco 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

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

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

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- dell'apparato endocrino-metabolico?

NO SI

- diabete
- dislipidemie
- malattie della tiroide
- malattie surrenali
- altre malattie o disturbi

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

.....

.....

.....

.....

.....

- del sangue?

NO SI

- anemia
- leucemia
- emofilia
- altre malattie o disturbi

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

.....

.....

.....

.....

12. Per Assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?
- b) ha malattie della mammella?
- c) è incinta?

NO SI

NO SI

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

.....

Mod. 225 - Ed. Dicembre 2022

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 sottaciato, 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?

NO SI

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 NO SI

2. (per le donne) ghiandole mammarie NO SI

È normale?

Se no, perché?

.....

3. Masse muscolari NO SI

È normale?

Se no, perché?

.....

4. Sistema linfonodale superficiale NO SI

È normale?

Se no, perché?

.....

5. Stato della tiroide NO SI

Se no, perché?

.....

6. Apparato muscoloscheletrico

NO SI

È normale?

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

7. Apparato respiratorio

vie aeree superiori

È normale? NO SI

voce

È normale? NO SI

ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

8. Apparato cardiovascolare

ispezione, palpazione, percussione

È normale? NO SI

auscultazione

È normale? NO SI

arterie (in particolare polsi periferici)

È normale? NO SI

vene (varici, emorroidi, ecc.)

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

9. Bocca e apparato digerente

bocca

È normale? NO SI

addome (ispezione e palpazione)

È normale? NO SI

fegato

È normale? NO SI

milza

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

10. Apparato genitourinario

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

11. Sistema nervoso e organi di senso

condizioni psichiche

È normale? NO SI

motilità

È normale? NO SI

sensibilità e riflessi

È normale? NO SI

udito

È normale? NO SI

vista

È normale? NO SI

olfatto

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

12. Analisi del sangue

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

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

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

13. Analisi delle urine

È normale? NO SI

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

Conclusione

Diagnosi

Giudizio prognostico

Buono Mediocre Sfavorevole

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?

NO SI

Quali e motivi

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari.

Indirizzo dello studio medico
Comune
Data e ora in cui è stata eseguita la visita
Firma e timbro del medico

Prosciolgo 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/a

.....

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. 225 Ed. dicembre 2022 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/a

.....

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/a

.....

Il presente rapporto di visita medica dovrà essere inviato a Poste Vita S.p.A. insieme agli esami medici richiesti utilizzando la busta preindirizzata fornita con la presente documentazione.