

## Rapporto Medico (Questionario Anamnestico) Dichiarazioni dell'Assicurando

### Riservato all'Ufficio Postale (compilare prima della consegna all'Assicurando)

Uff. Postale di ..... frazionario ..... tel. .... fax .....  
addetto Uff. Postale Cognome ..... Nome .....

Da compilare e da inviare a Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Portafoglio - Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma

### Riservato all'Assicurando (compilare in stampatello)

Cognome ..... Nome ..... Sesso M  F

Data e luogo di nascita ..... Prov. ....

Residente in ..... Via ..... N. .... Cap. .... Località ..... Prov. ....

Codice fiscale: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Importo finanziato (per singolo richiedente a cui si riferisce la presente dichiarazione): Euro .....

### Rapporto Medico

Riservato al medico

Siete il medico di famiglia dell'Assicurando?  SI  NO ..... Da che anno? .....

Siete parente o affine dell'Assicurando?  SI  NO Se sì, con quale grado di parentela? .....

Si prega il Medico di raccogliere le dichiarazioni dell'assicurato, effettuare le rilevazioni richieste e rispondere con accuratezza ad ogni singola domanda

1. Ha sofferto, o soffre attualmente, di una o più delle seguenti malattie: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche e mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche o malattie di qualunque altro organo o apparato?  SI  NO

In caso affermativo, quale di queste malattie? .....

Quando e con quale esito? .....

2. Ha eseguito, o ha attualmente in programma di eseguire, esami del sangue e/o esami specialistici, esclusi gli eventuali controlli di routine?  SI  NO

In caso affermativo, quale esame è stato eseguito? .....

Con quale esito? .....

3. Si è mai sottoposto a terapia radiante, chemioterapia, o fa uso regolare di farmaci?  SI  NO

In caso affermativo, di quale terapia si tratta? .....

Per quale malattia? .....

4. Ha mai subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura?  SI  NO

In caso affermativo, quale intervento o ricovero? .....

Quando e per quale malattia? .....

5. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) vi sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, tumori, malattie dei motoneuroni, malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattie genetiche? SI NO  
In caso affermativo, di che malattia si tratta, in quale dei suoi familiari e a che età? .....
6. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o sta per avviare una procedura di richiesta di invalidità o inabilità? SI NO  
Se sì, indicare per quale motivo, da quando e la percentuale di invalidità permanente .....
7. Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli? SI NO  
Se sì, di quale tipo di professione si tratta? .....
8. Attualmente fuma? SI NO  
Se sì, quante sigarette fuma al giorno e da quanto tempo? .....
9. Ha mai fumato in passato? SI NO Quante sigarette fumava? .....
10. Ha fatto o fa uso di alcolici? SI NO  
Specificarne l'uso giornaliero .....
11. La differenza tra la sua altezza in cm e il suo peso in Kg è inferiore a 95? SI NO  
Indicare in ogni caso Peso \_\_\_\_\_ Kg e Altezza \_\_\_\_\_ cm  
Indicare anche la pressione arteriosa sistolica (massima) \_\_\_\_\_ diastolica (minima) \_\_\_\_\_

Luogo e data .....

Timbro e firma del medico curante .....

### **Dichiarazioni dell'Assicurando**

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti mi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Poste Vita S.p.A. e di Poste Assicura S.p.A. Proscioglio dal segreto professionale e legale i direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura, Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. ritenessero opportuno rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurando dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Luogo e data ..... Firma .....

## Rapporto Medico (Questionario Anamnestico) Dichiarazioni dell'Assicurando

### Riservato all'Ufficio Postale (compilare prima della consegna all'Assicurando)

Uff. Postale di ..... frazionario ..... tel. .... fax .....  
addetto Uff. Postale Cognome ..... Nome .....

Da compilare e da inviare a Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Portafoglio - Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma

### Riservato all'Assicurando (compilare in stampatello)

Cognome ..... Nome ..... Sesso M  F

Data e luogo di nascita ..... Prov. ....

Residente in ..... Via ..... N. .... Cap. .... Località ..... Prov. ....

Codice fiscale: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Importo finanziato (per singolo richiedente a cui si riferisce la presente dichiarazione): Euro .....

### Rapporto Medico

Riservato al medico

Siete il medico di famiglia dell'Assicurando? SI NO ..... Da che anno? .....

Siete parente o affine dell'Assicurando? SI NO Se sì, con quale grado di parentela? .....

Si prega il Medico di raccogliere le dichiarazioni dell'assicurato, effettuare le rilevazioni richieste e rispondere con accuratezza ad ogni singola domanda

- Ha sofferto, o soffre attualmente, di una o più delle seguenti malattie: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche e mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche o malattie di qualunque altro organo o apparato? SI NO  
In caso affermativo, quale di queste malattie? .....  
Quando e con quale esito? .....
- Ha eseguito, o ha attualmente in programma di eseguire, esami del sangue e/o esami specialistici, esclusi gli eventuali controlli di routine? SI NO  
In caso affermativo, quale esame è stato eseguito? .....  
.....  
Con quale esito? .....
- Si è mai sottoposto a terapia radiante, chemioterapia, o fa uso regolare di farmaci? SI NO  
In caso affermativo, di quale terapia si tratta? .....  
.....  
Per quale malattia? .....
- Ha mai subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura? SI NO  
In caso affermativo, quale intervento o ricovero? .....  
Quando e per quale malattia? .....

5. Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) vi sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, tumori, malattie dei motoneuroni, malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattie genetiche? SI NO  
In caso affermativo, di che malattia si tratta, in quale dei suoi familiari e a che età? .....
6. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o sta per avviare una procedura di richiesta di invalidità o inabilità? SI NO  
Se sì, indicare per quale motivo, da quando e la percentuale di invalidità permanente .....
7. Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli? SI NO  
Se sì, di quale tipo di professione si tratta? .....
8. Attualmente fuma? SI NO  
Se sì, quante sigarette fuma al giorno e da quanto tempo? .....
9. Ha mai fumato in passato? SI NO Quante sigarette fumava? .....
10. Ha fatto o fa uso di alcolici? SI NO  
Specificarne l'uso giornaliero .....
11. La differenza tra la sua altezza in cm e il suo peso in Kg è inferiore a 95? SI NO  
Indicare in ogni caso Peso \_\_\_\_\_ Kg e Altezza \_\_\_\_\_ cm  
Indicare anche la pressione arteriosa sistolica (massima) \_\_\_\_\_ diastolica (minima) \_\_\_\_\_

Luogo e data .....

Timbro e firma del medico curante .....

### **Dichiarazioni dell'Assicurando**

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti mi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Poste Vita S.p.A. e di Poste Assicura S.p.A. Proscioglio dal segreto professionale e legale i direttori di Cliniche, Ospedali, Case di Cura, Enti Mutualistici, Medici liberi professionisti o dipendenti da Enti che possano avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. ritenessero opportuno rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del sottostante rapporto assicurativo, ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante. L'Assicurando dichiara inoltre, nella Sua qualità di interessato, di aver ricevuto l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA

Luogo e data ..... Firma .....