

RAPPORTO DI VISITA MEDICA PER ASSICURAZIONE CASO MORTE - TCM

Agenzia
 Broker
 Financial Advisor
 Codice: _____ Descrizione: _____

Assicurato: _____

Cognome e Nome _____
 Codice Fiscale _____
 Sesso M F

_____ / _____ / _____

Data di nascita _____
 Luogo di nascita _____
 Cittadinanza _____

Professione _____
 Documento di riconoscimento _____
 Numero _____

Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____
 N. civico _____
 CAP _____
 Comune _____
 Provincia _____

telefono _____
 Indirizzo e-mail _____

Sezione 1: Informazioni generali sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato, costituenti le basi del contratto di assicurazione

1. NO Nella sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie (es. cardiopatia ischemica, ictus, ecc.), tumori maligni, diabete o altre malattie a carattere ereditario?

SI Quali? (indicare il grado di parentela del congiunto, l'età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso)

2. NO Nell'ultimo anno si è sottoposto ad esami specialistici che abbiano avuto esiti anormali o è in attesa di ricevere gli esiti di esami a cui si è sottoposto o ha intenzione di sottoporsi ad esami specialistici o visite mediche?

SI Quali e per quale motivo? _____ Quando? _____

Con quale risultato? _____
3. NO E' mai stato ricoverato negli ultimi 10 anni o prevede un prossimo ricovero (anche in regime di day hospital) in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici, semplici accertamenti o per altre procedure mediche effettuate a livello ambulatoriale (ad esclusione degli interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di: appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, safenectomia, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto)?

SI Per quali cause? _____

Dove, quando e per quanto tempo? _____
4. NO Fa uso o ha mai fatto uso negli ultimi 2 anni di farmaci in via continuativa per più di 2 settimane o le è stato prescritto di farne uso?

SI Quali, per quale motivo e per quanto tempo? _____
5. NO Soffre attualmente o ha sofferto negli ultimi 10 anni di qualche malattia? (formulare una descrizione dettagliata, inizio, durata, guarigione o postumi di eventuali malattie)

SI Dell'**apparato respiratorio** (bronchite cronica, asma, enfisema, fibrosi polmonare, asbestosi, tubercolosi, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Dell'**apparato cardiocircolatorio** (angina pectoris, infarto/attacco cardiaco, ipertensione, dolore toracico, palpitazioni, soffio cardiaco, ECG anormale, tumori o altre malattie o disturbi del cuore, arterie o vene)

SI Dell'**apparato digerente** (colite, stipsi o diarrea ricorrenti, bruciore di stomaco ricorrente, reflusso esofageo ricorrente, ulcera gastroduodenale, cirrosi epatica, epatite virale, sangue occulto nelle feci, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Del **sistema nervoso centrale e periferico e organi di senso** (ictus, attacco ischemico transitorio, sclerosi multipla, epilessia, depressione, nevrosi, psicosi, malattia demielinizzante, Parkinson, Alzheimer o altre demenze, distrofia muscolare, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Del **sistema endocrino -metabolico** (obesità, diabete mellito di qualunque tipo, alterazioni tiroide, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Dell'**apparato urologico** (nefrite, insufficienza renale, ematuria, proteinuria, glicosuria, malattie o disturbi dei reni o della vescica, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Del **sangue** (anemia, emofilia, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Dell'**apparato immunologico e osteoarticolare** (artrite reumatoide, lupus SLE, tumori o altre malattie o disturbi)

SI Dell'**apparato riproduttivo** (malattie o disturbi della prostata, delle ghiandole mammarie, eco-mammografia anormale, altre malattie della cervice e/o dell'utero e annessi, tumori o altre malattie o disturbi)

6. NO Soffre o ha sofferto negli ultimi 6 mesi di qualche disturbo persistente e ancora privo di diagnosi (es. dolori al petto, stipsi ostinata, sangue nelle feci, tosse o mal di testa persistenti, svenimenti, noduli, tumefazioni, rigonfiamenti, calo ponderale significativo o altri disturbi persistenti)?

SI Quali? _____

7. NO Le è mai stato diagnosticato o ha sofferto di tumore (incluse le leucemie), infarto, ictus, mieloma, linfoma e/o trapianto d'organo?

SI Si prega di indicare i dettagli (patologia sofferta, inizio, durata, guarigione o postumi di eventuali malattie)

8. NO E' affetto da malformazioni o disturbi funzionali?

SI Di quale genere? _____

9. NO E' incinta (solo per persone di sesso femminile)?

SI La gravidanza è fisiologica? _____

10. NO E' stato sottoposto a visite mediche a scopo di assicurazione sulla vita?

SI Presso quale Società? _____

Quando e con quale risultato? _____

11. NO Ha un medico curante abituale e/o di famiglia?

SI Si prega di indicare nominativo e recapiti: _____

Quando lo ha consultato e per quale motivo? _____

12. NO Ha mai fumato o fuma?

SI Indicare il prodotto (sigarette, sigaro, pipa, ecc.) _____ Quantitativo giornaliero _____

Da quanto tempo fuma? _____ oppure da quanto ha smesso di fumare? _____

13. NO Fa uso di alcolici?

SI Si prega di specificare (1 unità = 1 bicchiere di birra da 250 ml o 1 bicchiere di vino da 125 ml o 1 bicchierino da 40 ml di superalcolici o 1 aperitivo alcolico o un bicchierino da 75 ml di vino liquoroso): _____ unità al giorno

14. NO E' mai stato in passato o è attualmente in trattamento per abuso di alcool o le è mai stato raccomandato da un medico di ridurre il consumo di alcolici?

SI Si prega di specificare _____

15. NO Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti o è mai stato in passato o è attualmente in trattamento per abuso di sostanze stupefacenti?

SI Si prega di specificare _____

Dichiarazioni dell'assicurato

- dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite – anche se materialmente scritte da altri – sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892, art. 1893 e art. 1894 Codice Civile)
- prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone a cui il beneficiario caso morte, anche dopo il verificarsi dell'evento, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo che verrà sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituirà parte essenziale ed integrante
- quale soggetto interessato al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che mi è stata consegnata in occasione della sottoscrizione del presente rapporto di visita medica, consapevole che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti successivamente in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsento al trattamento degli stessi per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

Firma dell'Assicurato ► _____

Luogo e data _____

Sezione 2: Risultato dell'esame obiettivo praticato all'assicurato

Assicurato: _____
Cognome e Nome

Medico esaminatore:

_____ Cognome e Nome _____ Specializzazione _____
_____ Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____
_____ telefono _____ Indirizzo e-mail _____

NO conosce personalmente l'assicurato?

SI Indicare se è suo parente e/o medico di famiglia _____

▪ Condizioni generali

1 NO Sono presenti anomalie nelle condizioni generali?

SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono presenti affezioni cutanee?

SI Si prega di specificare _____

3 NO Sono presenti anomalie nelle ghiandole linfatiche delle varie regioni del corpo?

SI Si prega di specificare _____

4 NO Sono presenti anomalie nelle masse muscolari?

SI Si prega di specificare _____

5 NO Sono presenti alterazioni delle ossa e/o delle articolazioni (deformità toraciche, vertebrali, ecc.)?

SI Si prega di specificare _____

▪ **Misure somatiche (da verificare)** Altezza in cm: _____ Peso in Kg: _____

▪ Collo

1 NO Sono presenti anomalie nella conformazione del collo?

SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono presenti anomalie nello stato della ghiandola tiroide?

SI Si prega di specificare, in caso di aumento di volume indicarne la consistenza, precisando se è di vecchia data, stazionaria o progressiva _____

▪ Torace e apparato respiratorio

1 NO Sono presenti anomalie nella respirazione a bocca chiusa?

SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono presenti alterazioni della voce?

SI Si prega di specificare _____

3 NO Sono presenti anomalie nella palpazione del torace?

SI Si prega di specificare _____

4 NO Sono presenti anomalie nella percussione del torace?

SI Si prega di specificare _____

5 NO Sono presenti anomalie nell'auscultazione del torace?

SI Si prega di specificare _____

6 NO Sono presenti anomalie nelle mammelle (anche nell'uomo)?

SI Si prega di specificare _____

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio:

NELLA NORMA

NON NELLA NORMA (specificare i motivi) _____

▪ Apparato cardiocircolatorio

1 NO Sono presenti anomalie nell'ispezione della regione cardiaca?

SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono state riscontrate anomalie nell'auscultazione del cuore?

SI Si prega di specificare _____

3 NO Sono presenti anomalie a carico dei grossi vasi?
 SI Si prega di specificare _____

4 Indicare il numero delle pulsazioni allo stato di riposo: _____
 Pressione arteriosa: 1^ misurazione ad inizio visita: Max: _____ Min: _____ Ora: _____
 2^ misurazione a fine visita: Max: _____ Min: _____ Ora: _____

5 NO Sono evidenti edemi ed alterazioni del trofismo cutaneo agli arti inferiori?
 SI Si prega di specificare _____

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato cardiocircolatorio:
 NELLA NORMA
 NON NELLA NORMA (specificare i motivi) _____

▪ **Apparato digerente**

1 NO Sono presenti cicatrici chirurgiche sull'addome?
 SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono presenti anomalie nella palpazione dell'addome? (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione)
 SI Si prega di specificare _____

3 NO Sono presenti anomalie nell'esame del fegato?
 SI Si prega di specificare _____

4 NO Sono presenti anomalie nella grandezza della milza?
 SI Si prega di specificare _____

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente:
 NELLA NORMA
 NON NELLA NORMA (specificare i motivi) _____

▪ **Apparato urogenitale**

1 NO Vi sono segni che facciano sospettare una malattia dei reni, della vescica, dell'uretra, della prostata, dei testicoli o malattie dell'apparato genitale femminile?
 SI Si prega di specificare _____

▪ **Sistema nervoso**

1 NO Sono state riscontrate anomalie nelle condizioni psichiche?
 SI Si prega di specificare _____

2 NO Sono state riscontrate alterazioni nella motilità (tremori, paralisi o paresi di gruppi muscolari, disturbi della stazione eretta e nel cammino)?
 SI Si prega di specificare _____

3 NO Sono state riscontrate alterazioni nei riflessi profondi (rotulei, achillei, ecc.)?
 SI Si prega di specificare _____

Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso:
 NELLA NORMA
 NON NELLA NORMA (specificare i motivi) _____

▪ **Conclusioni – Tenuto conto di tutti i dati raccolti**
 Diagnosi: _____
 Giudizio prognostico: **Rischio** buono mediocre cattivo
 NO Ritiene opportuno far sottoporre l'assicurato ad eventuali esami supplementari di controllo?
 SI Quali e per quale motivo? _____
 Eventuali informazioni a completamento del Rapporto di Visita Medica:

Dichiarazioni del medico esaminatore

- attesto di aver raccolto dall'assicurato le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini vita e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza
- mi impegno a mantenere con chiunque, anche con gli intermediari della Società, il segreto sui risultati della visita praticata all'assicurato e sul giudizio da me fornito

Firma del medico esaminatore ► _____

Luogo e data _____