

RAMO VITA RAPPORTO DI VISITA MEDICA

RISERVATO

Dott Domicilio

Cognome e nome dell'assicurato
(se donna sposata indicare anche il cognome di famiglia)

nato a il

domiciliato a via Stato civile

Figli Professione:

Il Medico è pregato di porre all'Assicurando tutte le domande chiarendone i termini tecnici e di riportare per esteso le risposte. Non sono ammessi tratti di penna.

A) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO, COSTITUENTI CON LE ALTRE, LA BASE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

I. Stato di famiglia	SE VIVENTI		SE DEFUNTI		
	Età	Condizioni di salute o malattie in atto	Età alla morte	In quale anno	Causa della morte
Padre					
Madre					
Fratelli e/o sorelle					

Si verificarono nella sua famiglia (anche in via collaterale): tumori maligni, gotta, diabete, ipertensione, arteriosclerosi?

II. Precedenti personali (malattie, lesioni e disturbi sofferti dall'infanzia ad oggi):

1. Malattie infettive (scarlattina, reumatismo articolare acuto, sifilide, epatite, etc.)
2. Bronchiti, pleuriti, malattie del cuore e della circolazione, coliche epatiche e renali, diabete, gotta, ulcera gastroduodenale, malattie dell'orecchio e dell'occhio, fistole anali, ernie
- Altre malattie?
3. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di vertigini, convulsioni, tosse, affanno, cardiopalmo, sofferenze durante la digestione, disturbi dell'appetito o della sete, vomito, diarrea, ematemesi, melena, febbre, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle, disturbi della defecazione e della urinazione?
4. Ha subito traumi o lesioni accidentali? Con quali postumi?
5. Ha praticato accertamenti diagnostici (ECG, radiografici, elettroencefalogramma, esami del sangue, test, HIV)?
(se si specificare accertamento praticato, epoca ed esito)
6. È stata constatata nelle urine presenza di albumina, glucosio od altri elementi anormali? Quando?
7. È stato ricoverato in case di salute, sanatori, ospedali?
8. Ha subito interventi chirurgici? Quali? Quando, dove e da chi fu operato?
9. Sono state prescritte ed ha fatto cure dietetiche, balneoterapiche, idroterapiche? Quando? Perché?
10. Ha praticato terapie particolari: ormonali (ad esempio insulina) cortisoniche, anti-allergiche, etc.? Per quale motivo? Quando?
11. È stato mai sottoposto ad emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivanti? (se si specificare epoca e motivo)
12. Si sente attualmente in perfetta salute?
13. Assume farmaci? Precisare la patologia e la terapia in atto

- | | |
|--|-------------|
| 14. a) Chi è il suo medico di famiglia? | 14.a) _____ |
| b) Quando lo ha consultato l'ultima volta? Per quali disturbi? | b) _____ |
| c) Quali altri medici ha consultato? Per quali motivi? Quando? | c) _____ |

III. Abitudini di vita:

- | | |
|--|-------------|
| 1. Ha dovuto cambiare professione per ragioni di salute? | 1. _____ |
| 2. a) Fa uso abitualmente di vino o bevande alcoliche? Ed in quale misura? | 2. a) _____ |
| b) Ha fatto abuso di alcolici in epoche precedenti? | b) _____ |
| 3. Quanto fuma giornalmente? | 3. _____ |
| 4. Ha mai fatto o fa attualmente uso di sostanze stupefacenti? (se si specificare il tipo di sostanza assunta e da quanto tempo ne fa uso) | 4. _____ |

IV. Servizio militare:

- | | |
|---|----------|
| 1. È stato dichiarato abile? | 1. _____ |
| 2. Fu riformato? Per quali motivi? | 2. _____ |
| 3. Ha goduto o gode di pensione militare e di quale categoria? (specificare la motivazione) | 3. _____ |

V. Precedenti assicurativi:

- | | |
|--|----------|
| 1. Ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? Presso quale Società? Quando? | 1. _____ |
| 2. Fu accettato secondo la sua richiesta od a condizioni diverse? | 2. _____ |
| 3. Fu rifiutato o rinviato? Quando? Da quale Società? | 3. _____ |

VI. Domande per Assicurande:

- | | |
|--|-------------|
| 1. a) Le mestruazioni sono state sempre regolari? Accompagnate da disturbi? Quali? | 1. a) _____ |
| 2. a) Numero delle gravidanze pregresse e loro decorso | 2. a) _____ |
| b) I parti ed i puerperi sono stati normali? | b) _____ |
| c) Ha avuto parti prematuri od aborti? Quanti? Quando? Per quali cause? | c) _____ |
| d) È incinta? Di quanti mesi? | d) _____ |
| e) Allatta attualmente? | e) _____ |
| 3. Ha disturbi in rapporto ad eventuali malattie delle ovaie, dell'utero, dei genitali esterni? (dolori, emorragie, perdite bianche, etc.) | 3. _____ |
| 4. Si trova in menopausa? Da quando? | 4. _____ |

AVVERTENZA IMPORTANTE

Si rammenta che l'esatta denuncia delle malattie in atto può provocare sovrappremi e che la mancata dichiarazione di pregresse malattie o interventi chirurgici o di circostanze relative ad eventuali esami clinici, radiografici e di laboratorio con esito positivo, **espone i Beneficiari della polizza al pericolo** - in caso di premorienza dell'Assicurato - **di contestazione circa il pagamento della somma assicurata.**

Nei casi in cui è prevista l'esecuzione del test HIV, ove l'Assicurato non intenda sottoporvisi, diventano operanti le condizioni riportate nell'apposita Appendice.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Dichiaro di aver letto le risposte soprascritte e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre ad ogni effetto di legge che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte, e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in rapporto coi questionari contenuti nel presente documento, dati e notizie che riconosco quali elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società assicuratrice.

Dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni (acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso comunicate ad altre persone od enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative).

Data

Firma del Medico

Firma dell'Assicurando alla presenza del Medico

B) STATO PRESENTE DELL'ASSICURANDO

Il Medico è pregato di rispondere esaurientemente a tutti i quesiti. Non sono ammessi tratti di penna, virgolette, etc.

I. Condizioni generali:

- | | |
|--|-------------|
| 1. Mostra l'età indicata? | 1. _____ |
| 2. a) Colorito della pelle e delle mucose visibili | 2. a) _____ |
| b) Vi sono affezioni cutanee o dell'apparato linfoghiandolare esterno? | b) _____ |
| c) Vi sono cicatrici? In quale regione? Da quali lesioni? | c) _____ |
| 3. Alterazioni delle ossa e delle articolazioni e loro cause (con speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, etc.) | 3. _____ |

II. Misure somatiche: Altezza dichiarata m..... verificata m.....	Peso dichiarato Kg..... verificato Kg.....	Circonfer. toracica sotto le ascelle (per ambo i sessi)		Circonfer. addominale a livello dell'ombelico cm.....
		(in ispirazione) cm.....	(in espirazione) cm.....	

Si invita il Medico a prendere sempre con esattezza le misure somatiche e a controllare personalmente il perso in soggetti magri o corpulenti.

III. Collo:

1. Stato della ghiandola tiroide 1. _____
(se vi fosse ipertrofia indicarne la consistenza, se è di vecchia data, o stazionaria o progressiva).

IV. Apparato respiratorio:

1. Presenta affezioni delle prime vie aeree? 1. _____
2. Forma del torace 2. _____
(indicare se vi sono asimmetrie parziali o totali, se le due metà si espandono ugualmente e se vi sono alterazioni nella frequenza e nel ritmo del respiro)
3. Palpazione del torace 3. _____
4. Percussione del torace 4. _____
5. Ascoltazione del torace 5. _____
(ritiene necessari una radioscopia oppure un esame radiografico?)
6. Deduzioni ricavata dall'esame dell'apparato respiratorio 6. _____

V. Apparato circolatorio:

1. Ispezione della regione cardiaca e dei grossi vasi estesa al collo
(bozza precordiale, impulsi abonormi?)
Sede dell'itto
(fremii? impulso aortico al giugulo?)
2. Ascoltazione della regione cardiaca e dei grossi vasi *(precisare la natura organica o funzionale di eventuali rumori, la sede, il tempo nel quale si ascoltano, la loro diffusione)* 2. _____
3. Pulsazioni: caratteri, frequenza *(a riposo e dopo 10 flessioni del tronco)*, ritmo, ampiezza, tensione 3. _____
4. Pressione arteriosa 4. Mx _____ Mn _____
a) apparecchio e metodo adoperato a) _____
b) ora in cui è stato fatto il rilievo b) _____
5. Esame dello stato delle arterie e delle vene
(arteriti, flebiti, varici, etc.) 5. _____
6. Deduzioni ricavata dall'esame dell'apparato circolatorio 6. _____

VI. Apparato digerente:

1. Condizioni della bocca e della gola *(lingua, denti, fauci)* 1. _____
2. Ispezioni dell'addome 2. _____
3. Palpazione dell'addome *(particolare esplorazione delle regioni gastroduodenale, cecale e colecistica)* 3. _____
4. Esame del fegato *(limite sup. dell'ottusità epatica, ricerca palpatoria del bordo epatico e descrizione dei suoi caratteri)* 4. _____
5. Dimensioni della milza 5. _____
6. Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente 6. _____

VII. Apparato uro-genitale:

Vi sono segni che facciano ritenere opportuno un esame urologico specialistico? Quali? _____

VIII. Sistema nervoso:

1. Condizioni psichiche 1. _____
2. Motilità *(indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari e se vi sono disturbi nella stazione eretta e nel cammino)* 2. _____
3. Riflessi superficiali, osteoperiosteici e tendinei 3. _____
4. Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso 4. _____

IX. Organi dei sensi specifici:

1. Occhio: a) Esoftalmo? 1. a) _____
b) Pupille: forma e simmetria, reazione alla luce ed all'accomodazione b) _____
c) Disturbi della vista: *(in casi di notevole miopia e di ipermetropia indicarne il grado).* c) _____
2. Orecchio: disturbi funzionali e organici 2. _____
3. Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato visivo e uditivo 3. _____

X. Per donne:

1. Condizioni delle mammelle 1.
2. Il Medico ritiene necessario un esame ginecologico per sospetto 2.
di alterazione degli organi genitali?

XI. Risultato dell'analisi dell'urina emessa alla presenza del Medico alle ore

Colore	Aspetto	Odore	Albumina	Glucosio	Altri elementi anormali
Metodi di ricerca adoperati					
DA EFFETTUARE IN LABORATORIO					
.....

Esame microscopico del sedimento

Deduzioni ricavate dall'esame delle urine

NB. - È consigliabile che l'esame venga eseguito in laboratorio e allegato in originale.

XII. Conclusioni:

1. Il Medico ha rilevato sintomi dubbi a carico di qualche organo od apparato per chiarire i quali siano necessari esami specialistici o di laboratorio? 1.
2. Tenuto conto di tutti i dati raccolti, qual'è il giudizio diagnostico? 2.
3. Ritiene che l'Assicurando, per le sue attuali condizioni, possa andare soggetto ad alterazioni che lo rendano prematuramente inabile al lavoro? 3.

C) DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1. Il Medico è legato all'Assicurando da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi? 1.
2. È Medico di famiglia? 2.
3. Come si è accertato dell'identità personale dell'Assicurando? 3.

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig.

..... con diligenza e precisione, e si impegna di mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio da lui dato; rimette questo rapporto in busta chiusa e soprafirmata all'Agente, perché lo inoltri alla Sede Sociale di Torino.

ATTENZIONE: Il Medico è pregato vivamente di astenersi, per ovvie ragioni di segretezza, dall'esprimere all'Assicurando o a qualsiasi Agente o Produttore, apprezzamenti di sorta sul risultato della visita medica.

Comune, luogo, data in cui è stata fatta la visita medica:

.....

Firma del Medico

(intellegibile)

ONORARIO CONVENUTO €

(allegare la relativa fattura)

OSSERVAZIONI

NB. - (Questo spazio è a disposizione del Medico per una più particolareggiata illustrazione delle anomalie eventualmente riscontrate nel corso dell'esame clinico).