

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Filiali _____ Collocatore _____ Codice prodotto _____

Numero di pratica _____

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

AVVERTENZE: La compilazione del presente rapporto di visita medica risulta necessaria qualora l'Assicurato non abbia aderito al servizio di "visita medica telefonica" (Tele Underwriting) o non sia stato possibile, per la Società incaricata, contattare l'Assicurato per la valutazione del proprio stato di salute. In tal caso si potrà procedere presentando il presente rapporto di visita medica compilato dal medico. Ogni onere e accertamento rimarranno a carico dell'Assicurato.

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.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Medico. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

1) **Ai suoi genitori, fratelli e sorelle sono state riscontrate malattie tra quelle indicate?** No Sì

	Padre	Madre	Fratell o	Fratell o	Sorella	Sorella	Precisazioni
Malattie dismetaboliche (diabete, gotta, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malattie cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	_____

I genitori sono deceduti? No Sì

A quale età e per quale causa? Padre _____
Madre _____

2) **Ha praticato negli ultimi cinque anni accertamenti diagnostici?** No Sì

		Esito		Motivazioni
		Normale	Non normale	
Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Radiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Esami del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Esami dell'urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Ricerca antigeni	HIV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
	AU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____



Vera Protezione S.p.A.

Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona - Pec: veraprotezione@pec.gruppocattolica.it - Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.)
Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni
04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 - Iscrizione all'Albo delle Imprese
di Assicurazione n. 1.00171 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

www.veraassicurazioni.it

3) **E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale?** No Sì

Per quali cause? _____

Dove? _____

Quando? _____

Per quanto tempo? _____

4) **Ha sofferto o soffre di malattie**

Dell'apparato respiratorio? No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Asma <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Bronchite <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Enfisema <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Pleurite <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tbc <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Dell'apparato cardiocircolatorio? No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Infarto <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Angina pectoris <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ipertensione <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Valvulopatie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Arteriopatie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Dell'apparato digerente? No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Gastroduodenite <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ulcera gastroduodenale <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Coliti ulcerose <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Epatite virale <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Cirrosi epatica <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Calcolosi biliare <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie e disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Dell'apparato uro-genitale? No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Nefriti <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Calcolosi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Altre malattie o disturbi

Del sistema nervoso e della psiche?

No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Epilessia <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Nevrosi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Paralisi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Del sistema endocrino-metabolico?

No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Diabete <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Dislipidemia <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alterazione della tiroide <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alterazione del surrene <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Dell'apparato osteo-articolare?

No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Artriti <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Artrosi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tumori <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Del sangue?

No Sì

	Anno	Durata	Precisazioni
Anemie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Leucemie <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

5) E' stato sottoposto a terapia radiante?

No Sì

Anno	Tipo e durata	Precisazioni
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6) Ha imperfezioni fisiche o disturbi mentali?

No Sì

Quali e da quando

Della vista <input type="checkbox"/>	_____
Dell'udito <input type="checkbox"/>	_____
Degli arti <input type="checkbox"/>	_____
Altri <input type="checkbox"/>	_____

- 7) **Ha subito traumi o lesioni accidentali?** No Sì
- Quali e quando
- Del cranio _____
- Degli organi di senso _____
- Degli arti _____
- Di altre localizzazioni _____
- 8) **E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?** No Sì
- Motivo ed epoca _____
- 9) **Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente, di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?** No Sì
- Sintomi di cui soffre o ha sofferto _____
- 10) **Fa uso di alcoolici o tabacco?** No Sì
- Quanto e da quando? _____
- 11) **Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?** No Sì
- Quali? _____
- Quando l'ultima volta? _____
- 12) **Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?** No Sì
- | | | Anno | Infermità | Precisazioni |
|----------------------------|--------------------------|-------|-----------|--------------|
| Per infortuni sul lavoro | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Per malattie professionali | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Per cause di servizio | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Altre | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
- 13) **E' stato riformato alla visita per il servizio militare?** No Sì
- Motivo _____
- 14) *(per le donne)*
- Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?** No Sì
- Quali? _____
- E' incinta?** No Sì
- Mese di gravidanza _____

Ha malattie delle mammelle?

No Sì

Quali? _____

15) Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia?

Generalità _____

Indirizzo _____

16) Il suo peso è variato nell'ultimo anno?

No Sì

Di quanto? _____

17) Eventuali altre comunicazioni dell'assicurato

Esami obbligatori allegati al presente rapporto di visita medica (di cui il medico ha preso visione durante la visita)

Creatinina	VES	Acido Urico	Trigliceridi	Glicemia	AST/ALT/GGT	Anti HCV
Esami delle urine in laboratorio	Emocromo completo	Colesterolo totale – HDL – LDL	HBsAg	Test HIV (**)	ECG basale e Elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro (per Assicurati con età superiore ai 35)	

()** nel caso in cui l'Assicurato rifiuti di sottoporsi al test HIV, come è suo diritto, si applica alla polizza, solo per le patologie collegate all'AIDS, un periodo di carenza di 5 anni.

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.

Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valorizzazione del rischio da parte della Società.

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

HO LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE QUANTO SOPRA

L'Assicurando

Il Medico

Firma leggibile

Timbro e firma leggibile

Data

PARTE II: ESAME OBIETTIVO

Aspetto fisico –
costituzione

				Precisazioni
Altezza	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Peso	kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Pressione arteriosa (*)	max	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
	min	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Frequenza cardiaca	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

(*) Se il valore rilevato con la prima misurazione appare non normale, ripetere la misurazione dopo almeno 10 minuti.

	Normale		Motivazioni
	Sì	No	
Rapporto altezza/peso (cm/kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1) Cute e mucose visibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(per le donne): ghiandole 2) mammarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) Masse muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) Sistema linfonodale superficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) Stato della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Apparato osteo-articolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) Apparato respiratorio			
- Prime vie aeree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Ispezione, palpazione, percuSSIONE ed ascoltazione del torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) Apparato cardiovascolare			
- Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9) Apparato digerente

- Bocca
- Addome (fegato e palpazione)
- Fegato
- Milza

Conclusione diagnostica

10) Apparato uro-genitale

Conclusione diagnostica

11) Sistema nervoso e organi di senso

- Motilità
- Sensibilità e riflessi
- Udito
- Vista
- Olfatto

Conclusione diagnostica

12) Esame delle urine

Conclusione diagnostica

Conclusioni:

Diagnosi _____

Giudizio prognostico BUONO MEDIOCRE SFAVOREVOLE

Occorrerebbero ulteriori esami per l'esatta valutazione del rischio? No Sì

Quali? _____

Valutazione del rischio ai fini della eventuale concessione dell'assicurazione complementare di invalidità:

FAVOREVOLE

FAVOREVOLE, CON L'ESCLUSIONE DELL'APPARATO: uditivo visivo osteo-articolare altri

NON FAVOREVOLE, PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

Numero di pratica _____

EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI
COMPLEMENTARI:

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio dato, rimette questo rapporto in busta chiusa soprafirmata all'Agente perché la trasmetta alla Direzione Generale della Società.

Comune _____ Luogo _____

Data _____ Ora _____ In cui è stata eseguita la visita

Il Medico

Timbro e firma leggibile

Domicilio