



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

della vista Motivo, quando ed esito

dell'udito .....

degli arti .....

altri .....

6. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO  SI

del cranio Motivo, quali, quando e postumi

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

per infortuni sul lavoro Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

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 Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi
- dislipidemie .....
- malattie della tiroide .....
- malattie surrenali .....
- altre malattie o disturbi .....

- del sangue? NO  SI

- anemia Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi
- leucemia .....
- emofilia .....
- altre malattie o disturbi .....

12. Per Assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? NO  SI
- b) ha malattie della mammella? NO  SI
- c) è incinta? 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  
.....  
.....

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 sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite.

**Ho letto e approvo quanto sopra.**

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

.....

.....

5

## Parte II: esame obiettivo

Aspetto - costituzione fisica

altezza: cm ..... peso: Kg ..... precisazioni .....

Il rapporto altezza/peso è normale?

SI  NO

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

SI  NO

2. (per le donne) ghiandole mammarie

È normale?

SI  NO

Se no, perché? .....

.....  
.....

3. Masse muscolari

È normale? SI  NO

Se no, perché? .....

4. Sistema linfonodale superficiale

È normale? SI  NO

Se no, perché? .....

5. Stato della tiroide

È normale? SI  NO

Se no, perché? .....

6. Apparato muscoloscheletrico È normale? SI  NO

Se no, perché? .....

Conclusione diagnostica.....

7. Apparato respiratorio

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vie aeree superiori  | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> voce   | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché? .....

Conclusione diagnostica.....

8. Apparato cardiovascolare

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione        | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> auscultazione                             | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> arterie (in particolare polsi periferici) | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vene (varici, emorroidi, ecc.)            | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché? .....

Conclusione diagnostica.....

9. Bocca e apparato digerente

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bocca                           | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> addome (ispezione e palpazione) | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> fegato                          | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> milza                           | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché? .....

Conclusione diagnostica.....  
.....

10. Apparato genitourinario

È normale?SI  NO

Se no, perché? .....  
.....

Conclusione diagnostica.....  
.....

11. Sistema nervoso e organi di senso

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> condizioni psichiche   | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> motilità               | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sensibilità e riflessi | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> udito                  | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vista                  | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> olfatto                | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché? .....  
.....

Conclusione diagnostica.....  
.....

12. Analisi del sangue

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> emocromo completo  | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> colesterolo totale | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HDL e LDL          | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> trigliceridi       | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> glicemia           | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hbs Ag             | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HCV                | È normale?SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché? .....  
.....

Conclusione diagnostica.....  
.....

13. Analisi delle urine

È normale?SI  NO

Se no, perché? .....  
.....

Conclusione diagnostica.....  
.....

Conclusioni.....  
.....

Diagnosi.....  
.....

Giudizio prognostico

Buono  Mediocre  Sfavorevole

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?

SI  NO

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 Codice Civile);
- (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'Assicurando 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 contenente il Documento contenente le Informazioni Chiave (KID), il documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), le Condizioni di Assicurazione comprensive del Documento di Polizza, il Modulo di Proposta, la Dichiarazione di Buono Stato di Salute ed il Glossario relativo al Contratto di Assicurazione **Postafuturo da grande**.

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 quelli relativi alla salute saranno trattati, oltre che da Poste Vita S.p.A., anche dalla società di Riassicurazione in qualità di autonomo titolare del trattamento, il sottoscritto rilascia 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 **Postafuturo da grande**.

Firma dell'Assicurando/a

**Il presente rapporto di visita medica dovrà essere inviato a Poste Vita S.p.A. insieme agli esami medici richiesti.**