genialife by Allianz

Rapporto di visita medica per assicurazione caso morte

ASSICURATO

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

SESSO ○ M ○ F

CODICE FISCALE

LUOGO DI NASCITA (Comune – Provincia – Nazione)

CITTADINANZA

PROFESSIONE

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

NUMERO

RESIDENZA (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza)

N. CIVICO

CAP

COMUNE

PROVINCIA

INDIRIZZO E-MAIL (facoltativo)

TELEFONO (facoltativo)

AVVERTENZA – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi della L.193/2023 per la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, per la compilazione del questionario sanitario **NON RILEVANO** e dunque **NON DEVONO ESSERE FORNITE INFORMAZIONI** relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti riportati nella seguente tabella:

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero (collo)	>21 anni	6
Utero (corpo)	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi.	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Lucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi	5

La presente tabella corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Pertanto, **SI RACCOMANDA** di rispondere alle domande che seguono considerando **SOLO** le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo **NON** si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla compilazione del questionario sanitario. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sopra riportati.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE E SULLE ABITUDINI DI VITA DELL'ASSICURATO, COSTITUENTI LE BASI DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

1. ◯ No Nella sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie (es. cardiopatia ischemica, ictus, ecc.), diabete sclerosi multipla, Parkinson, Alzheimer, Demenza, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni o altre malattie a carattere ereditario?

◯ Sì Quali? (indicare il grado di parentela del congiunto, l'età alla diagnosi)

2. ◯ No Nell'ultimo anno si è sottoposto ad esami specialistici che abbiano avuto esiti fuori norma 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?

◯ Sì Quali e per quale motivo?

Quando?

Con quale risultato?

3. ◯ No È mai stato ricoverato negli ultimi 10 anni o è in attesa di ricovero (anche in regime di day hospital) in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici, trapianti d'organo, 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, emorroidectomia, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto e **ad esclusione** delle **patologie oncologiche** dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso con guarigione, senza episodi di recidiva, **da più di 10 anni, ovvero 5 anni** in caso di insorgenza della patologia oncologica prima del compimento del ventunesimo anno di età **ovvero** dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024)?

◯ Sì 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?

◯ Sì 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. **Non** sono da dichiarare le **patologie oncologiche** da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, **da più di 10 anni** rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni **ovvero** dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio.)

◯ Sì **In tal caso si prega di fornire ulteriori informazioni rispondendo a tutte le seguenti domande**:

5a. ◯ No Dell'**apparato respiratorio** (bronchite cronica, asma, enfisema, fibrosi polmonare, asbestosi, tubercolosi, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5b. ◯ No 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)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5c. ◯ No 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)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5d. ◯ No 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)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5e. ◯ No Del **sistema endocrino-metabolico** (obesità, diabete mellito di qualunque tipo, alterazioni tiroide, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5f. ◯ No Dell'**apparato urologico** (nefrite, insufficienza renale, ematuria, proteinuria, glicosuria,malattie o disturbi dei reni o della vescica, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5g. ◯ No Del **sangue** (anemia, emofilia, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5h. ◯ No Dell'**apparato immunologico** (artrite reumatoide, lupus SLE, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5i. ◯ No 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)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

5j. ◯ No Dell'**apparato osteoarticolare e muscoloscheletrico** (ernie discali, sciatalgia, scoliosi, osteoporosi, paralisi o paraplegia, tumori o altre malattie o disturbi)

◯ Sì In caso affermativo specificare diagnosi, data, trattamento ed esito?

6. ◯ No Soffre o ha sofferto negli ultimi 6 mesi di qualche disturbo/sintomatologia 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)?

◯ Sì Quali?

7. ◯ No È mai risultato positivo al test per la ricerca degli anticorpi al virus HIV?

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

8. ◯ No È affetto da malformazioni o disturbi funzionali?

◯ Sì Di quale genere?

9. ◯ No È incinta (solo per persone di sesso femminile)?

◯ Sì La gravidanza è fisiologica?

10. ◯ No Le è stata riconosciuta una invalidità o inabilità di qualsiasi grado/tipo oppure percepisce o ha fatto domanda per ottenere un assegno o una pensione di invalidità/inabilità?

◯ Sì Si prega di indicare i dettagli:

11. ◯ No È stato sottoposto a visite mediche a scopo di assicurazione sulla vita?

◯ Sì Presso quale Società?

Quando e con quale risultato?

12. ◯ No Ha un medico curante abituale e/o di famiglia?

◯ Sì Si prega di indicare nominativo e recapiti:

Quando lo ha consultato e per quale motivo?

13. ◯ No Ha mai fumato o fuma?

◯ Sì Indicare il prodotto (sigarette, sigaro, pipa, ecc.) Quantitativo giornaliero

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

14. ◯ No Fa uso di alcolici?

◯ Sì Si prega di specificare: unità al giorno
(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)

15. ◯ No È 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?

◯ Sì Si prega di specificare

16. ◯ 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?

◯ Sì Si prega di specificare

17. ◯ No Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdite di memoria vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti, o affaticamento cronico?

◯ Sì Si prega di specificare

18. ◯ No Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa?

◯ Sì 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

Firma e timbro del medico esaminatore

Luogo **Data**

SEZIONE 2: RISULTATO DELL'ESAME OBIETTIVO PRATICATO ALL'ASSICURATO

Assicurato:

COGNOME E NOME

Medico esaminatore:

COGNOME E NOME | SPECIALIZZAZIONE

RESIDENZA (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) | N. CIVICO | CAP

COMUNE | PROVINCIA

INDIRIZZO E-MAIL | TELEFONO

Condizioni generali:

19. ◯ No Sono presenti anomalie nelle condizioni generali?
◯ Sì Quali?

20. ◯ No Sono presenti affezioni cutanee?
◯ Sì Quali?

21. ◯ No Sono presenti anomalie nelle ghiandole linfatiche delle varie regioni del corpo?
◯ Sì Quali?

22. ◯ No Sono presenti anomalie nelle masse muscolari?
◯ Sì Quali?

23. ◯ No Sono presenti alterazioni delle ossa e/o delle articolazioni (deformità toraciche, vertebrali, ecc.)?
◯ Sì Quali?

Misure somatiche (da verificare):

Altezza in cm: Peso in Kg:

Collo:

24. ◯ No Sono presenti anomalie nella conformazione del collo?
◯ Sì Quali?

25. ◯ No Sono presenti anomalie nello stato della ghiandola tiroide?
◯ Sì 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:

26. ◯ No Sono presenti anomalie nella respirazione a bocca chiusa?
◯ Sì Quali?

27. ◯ No Sono presenti alterazioni della voce?
◯ Sì Quali?

28. ◯ No Sono presenti anomalie nella palpazione del torace?
◯ Sì Quali?

29. ◯ No Sono presenti anomalie nella percussione del torace?
◯ Sì Quali?

30. ◯ No Sono presenti anomalie nell'auscultazione del torace?
◯ Sì Quali?

31. ◯ No Sono presenti anomalie nelle mammelle (anche nell'uomo)?
◯ Sì Quali?

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio:

◯ **NELLA NORMA**

◯ **NON NELLA NORMA** (specificare i motivi)

Apparato cardiocircolatorio:

32. ◯ No Sono presenti anomalie nell'ispezione della regione cardiaca?
◯ Sì Quali?

33. ◯ No Sono state riscontrate anomalie nell'auscultazione del cuore?
◯ Sì Quali?

34. ◯ No Sono presenti anomalie a carico dei grossi vasi?
◯ Sì Quali?

35. 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:

36. ◯ No Sono evidenti edemi ed alterazioni del trofismo cutaneo agli arti inferiori?
◯ Sì Quali?

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato cardiocircolatorio:

◯ **NELLA NORMA**

◯ **NON NELLA NORMA** (specificare i motivi)

Apparato digerente:

37. ◯ No Sono presenti cicatrici chirurgiche sull'addome?
◯ Sì Quali?

38. ◯ No Sono presenti anomalie nella palpazione dell'addome?
(ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione)
◯ Sì Quali?

39. ◯ No Sono presenti anomalie nell'esame del fegato?
◯ Sì Quali?

40. ◯ No Sono presenti anomalie nella grandezza della milza?
◯ Sì Quali?

Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente:

◯ **NELLA NORMA**
◯ **NON NELLA NORMA** (specificare i motivi)

Apparato urogenitale:

41. ◯ 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?
◯ Sì Quali?

Sistema nervoso e organi di senso:

42. ◯ No Sono state riscontrate anomalie nelle condizioni psichiche?
◯ Sì Quali?

43. ◯ No Sono state riscontrate alterazioni nella motilità (tremori, paralisi o paresi di gruppi muscolari, disturbi della stazione eretta e nel cammino)?
◯ Sì Quali?

44. ◯ No Sono state riscontrate alterazioni nei riflessi profondi (rotulei, achillei, ecc.)?
◯ Sì Quali?

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?
◯ Sì 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, il segreto sui risultati della visita praticata all'Assicurato e sul giudizio da me fornito.

Firma del medico
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo

Data