



Polizza ProteggiMutuo

RAPPORTO DI VISITA MEDICA Mod. 186242 Ed. 05/2021

da inviare unitamente a una copia della Proposta, a mezzo lettera raccomandata al seguente indirizzo:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze CPI - Viale Stelvio, 55/57 - 20159 - Milano

COMPILATO A CURA DEL

DR. _____

Indirizzo _____

CODICE									

Cognome e nome del Proponente _____ nato a _____ il _____

domiciliato a _____ Via _____ CAP _____ di professione _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

N° Proposta _____ / _____

Filiale Intesa Sanpaolo di _____ ABI _____ CAB _____

A - ANAMNESI FAMILIARE

FAMILIARI	Età	VIVENTI		DEFUNTI		
		Condizione di salute attuale:		Età alla morte	In quale anno	Eventuali malattie eredo-familiari e causa della morte
		Normale	Patologica (1)			
Padre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Madre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fratelli		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sorelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Coniuge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Figli		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(1) Precisare eventuali malattie eredo-familiari (diabete, gotta, tumori ecc.)

B - ANAMNESI PERSONALE

1 - Servizio militare

1.1 - È stato dichiarato abile al servizio militare? Sì NO
- Se NO per quali motivi? _____

2 - Abitudini di vita

2.1 - Ha fatto uso di $\left\{ \begin{array}{l} \text{tabacco?} \\ \text{alcolici?} \end{array} \right.$ Sì NO
Indicare la quantità giornaliera NO
Sì Indicare la quantità giornaliera NO

2.2 - Attualmente fa uso di $\left\{ \begin{array}{l} \text{tabacco?} \\ \text{alcolici?} \end{array} \right.$ Sì NO
Indicare la quantità giornaliera NO
Sì Indicare la quantità giornaliera NO

2.3 - Ha fatto uso o fa uso di stupefacenti o di droghe? Sì quali? NO

3 - Solo per donne

- 3.1 - Ha avuto gravidanze?
 - Se gravidanze patologiche precisarne il motivo
- 3.2 - È ora incinta?
- 3.3 - Le mestruazioni sono regolari?
 - È in menopausa?
- 3.4 - Ha subito interventi a carico dell'apparato genitale?
 - quali?
 - per quali cause?
- 3.5 - Ha malattie delle mammelle?

Sì NO

Sì di quanti mesi?..... NO

Sì NO

Sì NO

Sì NO

Sì quali?..... NO

4 - Malattie o disturbi sofferti dall'infanzia ad oggi

- 4.1 - Malattie infettive o parassitarie?
 - quali?
 - quando?
- 4.2 - Malattie veneree?
 - ha praticato indagini sierologiche per la lue?
 - quando e con quale esito?
 - è attualmente in cura?
- 4.3 - Ha sofferto o soffre di disturbi anche transitori
 - dell'apparato digerente (gastroduodenale, ulcera, colite ulcerosa, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi biliare, tumori ecc.)?
 - dell'apparato cardio-vascolare (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, arteriopatie, varici arti inferiori ecc.)?
 - dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite, pleurite, tbc, tumori ecc.)?
 - dell'apparato neuropsichico (epilessia, psicosi, paralisi, tumori ecc.)?
 - del sistema uro-genitale (nefrite, calcolosi, tumori ecc.)?
 (se calcolosi: intervento? espulsione?)
 - del sistema osteo-articolare (artrite, artrosi, tumori ecc.)?
 - del sistema endocrino-metabolico (diabete, dislipidemie, malattie della tiroide, malattie del surrene ecc.)?
 - del sistema emo-poiético (anemie, leucemie ecc.)?
- 4.4 - Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?
 Se Sì, indicare quali, l'epoca e la durata
- 4.5 - Ha subito traumi, ferite ecc.?

Sì NO

Sì NO

Sì NO

Sì NO

EPOCA	DIAGNOSI
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *
Sì <input type="checkbox"/> *

Sì NO

Sì NO

* con riserva eventualmente di richiedere i referti degli esami medici effettuati negli ultimi tre anni.

5 - È stato ricoverato in luoghi di cura?

- quando? dove?
- con quale diagnosi di dimissione?

Sì NO

Mod. 186242 - Ed. 05/2021

<p>6 - È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? In caso affermativo specificare il motivo e l'epoca</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7 - Ha praticato esami? – quali? (urine, sangue, HIV, ricerca antigene AU, radiologici, elettrocardiografici, elettroencefalografici ecc.) – per quali motivi? – quando? con quale esito?</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8 - Ha medico abituale o di famiglia? – nome e cognome – indirizzo – quando e per quali motivi lo ha consultato</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9 - Pratica attualmente cure (dietetiche, di insulina o di preparati ipoglicemizzanti, idrobalneoterapiche, roëntgen/radium-terapiche o altre)? – se SÌ, precisare quali</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 - Precedenti assicurativi? – ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? – è stato accettato a condizioni normali?</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>11 - Altre dichiarazioni del Proponente? – beneficia di una pensione di invalidità? – se SÌ, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità – altre dichiarazioni</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Dichiaro ad ogni effetto di legge di aver letto le risposte sopra scritte e di trovarle in tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:
malattie psichiatriche, malattie genetiche, malattie rare, altre malattie non riportate e che abbiano comportato o comportino un trattamento per un periodo continuativo superiore a 30 giorni.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

C - DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1 - È legato al Proponente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi?

Sì

NO

2 - È medico abituale o di medicina generale del Proponente?

Sì

NO

D - ESAME OBIETTIVO

1 - Condizioni generali

1.1 - Aspetto generale (obeso, gracile, magro)

.....

1.2 - Parametri

Altezza (cm)	Peso (kg)	Circonferenza toracica (cm)		Circonferenza addominale (cm)	Pressione arteriosa		Frequenza del polso
		Mx. ispir.	Mx. espir.		Mx.	Mn.	

Normale

Patologico

1.3 - Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)

.....
.....

1.4 - Apparato muscolare (masse muscolari)

.....
.....

1.5 - Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie ecc.)

.....
.....

1.6 - Apparato linfatico (adenopatie)

.....
.....

1.7 - Condizioni della tiroide

.....
.....

1.8 - Condizioni delle mammelle

.....
.....

2 - Apparato respiratorio

2.1 - Prime vie respiratorie (naso, tonsille ecc.)

.....
.....

2.2 - Voce

.....
.....

2.3 - Ispezione, palpazione e percussione

.....
.....

2.4 - Auscultazione

.....
.....

Conclusione diagnostica

.....
.....

3 - Apparato cardiovascolare	Normale	Patologico
3.1 - Cuore		
- ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
- percussione (area cardiaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
- auscultazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
3.2 - Arterie (palpazione, soffi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
3.3 - Vene (varici ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4 - Apparato digerente		
4.1 - Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4.2 - Addome		
- ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4.3 - Fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4.4 - Milza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4.5 - Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
4.6 - Eventuali ernie (sede, tipo, riducibilità ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
5 - Apparato uro genitale		
5.1 - Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatico, stenosi uretrale ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	

	Normale	Patologico
6 - Sistema nervoso		
6.1 - Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
6.2 - Motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
6.3 - Sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
6.4 - Organi dei sensi		
- orecchio (disturbi funzionali, otorrea ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
- occhio (disturbi della vista, esoftalmo ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Conclusione diagnostica</div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	
	

7 - Referti di esami effettuati negli ultimi 30 giorni da produrre al medico ed allegare al presente modulo

- Anticorpi anti HCV
- Bilirubinemia totale e frazionata
- Colesterolemia totale e frazionata
- Creatininemia
- ECG a riposo e sottosforzo
- Esame emocromocitometrico + formula leucocitaria + conta piastrine
- Esame urine in laboratorio
- Gamma GT-GPT-GOT
- Glicemia
- HBsAG
- HIV
- Lipemia totale
- Protidogramma elettroforetico
- Trigliceridemia
- Ves

8 - Conclusioni diagnostiche

(dopo presa visione dei referti)

Il Proponente non soffre di una o più delle seguenti malattie:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
 - **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
 - **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
 - **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
 - **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
 - **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
 - **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
 - **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.
-

Il Medico curante dichiara di aver raccolto l'anamnesi di cui alla sezione A e B ed eseguito l'esame obiettivo di cui alla sezione D del Proponente _____

con diligenza e consegna il presente Rapporto al Proponente.

Data _____

Luogo _____

in cui è stata effettuata la visita medica.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE