

POLIZZA DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE N° 81/000000
RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Eseguito dal Dott.....
Residente a.....
Via.....
Riguardante l'Assicurato sig.....
Nato ail.....

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RACCOLTE DAL MEDICO

1. E' mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, ecc. per malattie e/o interventi **diversi** da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale, emorroidectomia, ?

.....

2. E' stato sottoposto a terapia radiante?

.....

3. Ha sofferto o soffre di malattie

- Dell'apparato respiratorio?.....
- Dell'apparato circolatorio?.....
- Dell'apparato digerente?.....
- Dell'apparato uro-genitale?.....
- Dell'apparato osteo-articolare?.....
- Del sistema nervoso o della psiche?.....
- Del sistema endocrino-metabolico?.....
- Del sangue?.....

4. Fa uso di farmaci (quali e perché)

.....

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

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

Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo, anche dopo l'eventuale sinistro, di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

HO LETTO E APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA.

Firma dell'Assicurato

Firma del medico

Data,.....

.....

.....

PARTE II :ESAME OBIETTIVO

Aspetto fisico – costituzione

Altezza: cm Peso: Kg. precisazioni.....

Il rapporto altezza / peso è Normale? Si No Perché?.....

Pressione arteriosa: Max. Min..... Frequenza cardiaca:.....

Si prega di fare una seconda misurazione alla fine dell'esame se, in occasione della prima, la pressione sistolica supera 150 mm Hg o la diastolica 90 mm Hg. Risultato...../.....

Normale?

Si No Perché:

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1. Cute e mucose visibili | ..... |
| 2. Ghiandole mammarie | ..... |
| 3. Masse muscolari | ..... |
| 4. Sistema linfonodale | ..... |
| 5. Stato della tiroide | ..... |
| 6. Apparato osteo-articolare | ..... |
| 7. Apparato respiratorio | ..... |
| 8. Apparato cardiovascolare | ..... |
| 9. Bocca, apparato digerente | ..... |
| 10. Apparato uro-genitale | ..... |
| 11. Sistema nervoso | ..... |

CONCLUSIONI

.....
.....
.....

Giudizio Prognostico

Buono

Mediocre

Sfavorevole

Data..... Luogo..... Firma del medico.....