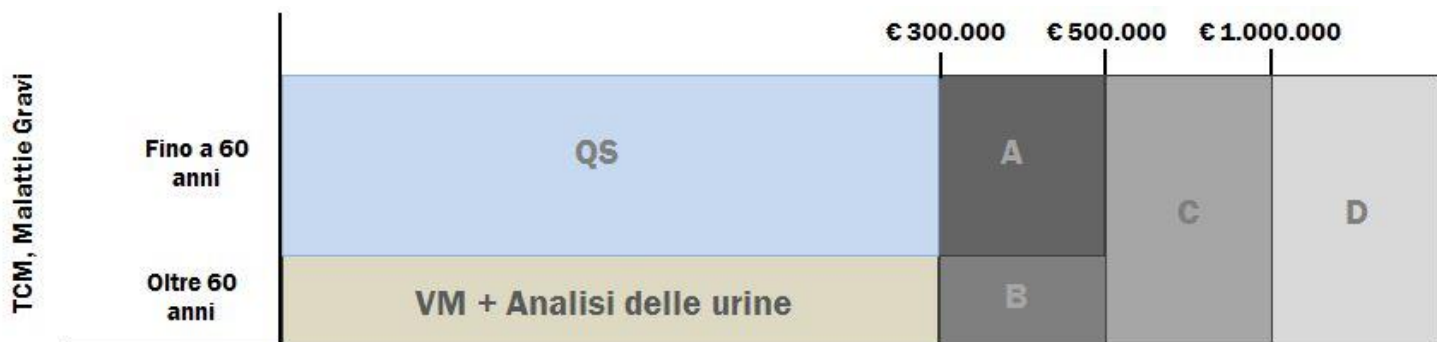




Tabella Accertamenti Sanitari

AXA Assicurazioni Tutta la Vita, Semplicemente Vita e Semplicemente Vita Più



Capitale da Assicurare	Accertamenti sanitari da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare
<p>QS</p> <p>Per assicurati fino a 60 anni di età e fino a Euro 300.000</p>	Solo questionario sanitario
<p>Visita Medica + Analisi delle urine</p> <p>Per assicurati oltre 60 anni di età e fino a Euro 300.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio</p>
<p>A</p> <p>Per assicurati fino a 60 anni e da Euro 300.001 fino a Euro 500.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio</p> <p>Glicemia</p> <p>Creatininemia</p> <p>Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia)</p> <p>HIV</p>
<p>B</p> <p>Per assicurati oltre 60 anni e da Euro 300.001 fino a Euro 500.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio</p> <p>Glicemia</p> <p>Creatininemia</p> <p>Azotemia</p> <p>Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia)</p> <p>Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT)</p> <p>HBSAg e anti-HCV</p> <p>HIV</p>



<p style="text-align: center;">C</p> <p>Da Euro 500.001 a 1.000.000</p>	<p>Questionario sanitario Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio Emocromo completo con formula Glicemia Creatininemia Azotemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV HIV ECG a riposo</p>
<p style="text-align: center;">D</p> <p>Oltre Euro 1.000.000</p>	<p>Questionario sanitario Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio Emocromo completo con formula Glicemia Creatininemia Azotemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV PSA (per gli uomini) HIV ECG da sforzo massimale con tracciato completo Documentazione Finanziaria*</p>

*Da Euro 1.000.000 e fino a 2.000.000: questionario finanziario sui modelli predisposti dal riassicuratore disponibili presso il Dipartimento di riferimento.

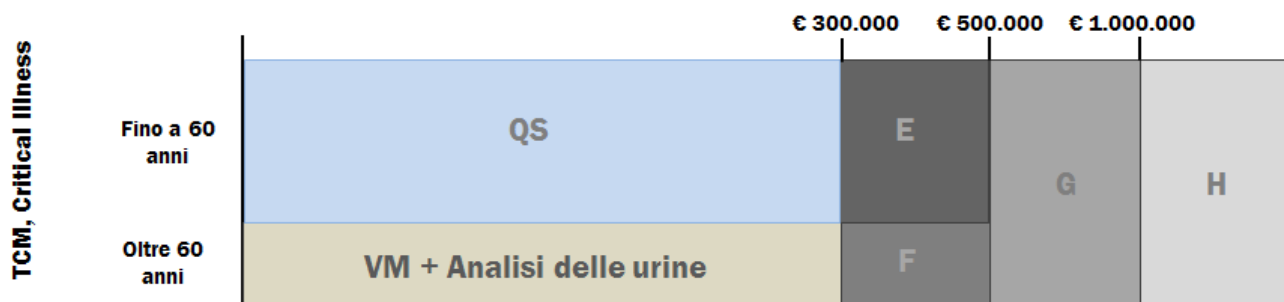
*Oltre Euro 2.000.000 oltre ai questionari indicati in tabella: dichiarazioni dei redditi dell'assicurato e (per profilo "Key man" di AXA Assicurazioni Tutta la Vita) dei bilanci della società contraente relativi agli ultimi 3 anni.



ridefiniamo / la protezione

Tabella Accertamenti Sanitari per Clienti **PROTEZIONE SALUTE** che hanno effettuato il Check Up nei 6 mesi precedenti la richiesta

AXA Assicurazioni Tutta la Vita



Capitale da Assicurare	Accertamenti sanitari da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare
<p>QS</p> <p>Per assicurati fino a 60 anni di età e fino a Euro 300.000</p>	Solo questionario sanitario
<p>VM + Analisi delle urine</p> <p>Per assicurati oltre 60 anni di età e fino a Euro 300.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Esame completo delle urine in laboratorio</p>
<p>E</p> <p>Per assicurati fino a 60 anni e da Euro 300.001 fino a Euro 500.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>HIV</p>
<p>F</p> <p>Per assicurati oltre 60 anni e da Euro 300.001 fino a Euro 500.000</p>	<p>Questionario sanitario</p> <p>Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT)</p> <p>HBsAg e anti-HCV</p> <p>PSA (esente se già effettuato con Check Up di Protezione Salute)</p> <p>HIV</p>

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

3 di 9

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. e P. I.V.A. n. 00902170018 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)



<p style="text-align: center;">G</p> <p>Da Euro 500.001 a 1.000.000</p>	<p>Questionario sanitario Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante</p> <p>Certificato del medico curante (nel caso in cui il Rapporto di Visita Medica venga effettuato da un medico diverso dal medico curante)</p> <p>Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV HIV ECG a riposo, (esente se già effettuato con Check Up di Protezione Salute).</p>
<p style="text-align: center;">H</p> <p>Oltre Euro 1.000.000</p>	<p>Questionario sanitario Rapporto di visita medica</p> <p>Certificato del medico curante (nel caso in cui il Rapporto di Visita Medica venga effettuato da un medico diverso dal medico curante)</p> <p>Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV PSA (esente se già effettuato con Check Up di Protezione Salute) HIV ECG da sforzo massimale con tracciato completo Documentazione finanziaria*</p>

*Da Euro 1.000.000 e fino a 2.000.000: questionario finanziario sui modelli predisposti dal riassicuratore disponibili presso il Dipartimento di riferimento;

*Oltre Euro 2.000.000 oltre ai questionari indicati in tabella: dichiarazioni dei redditi dell'assicurato e (per profilo "Key Man" di AXA Assicurazioni Tutta la Vita) dei bilanci della società contraente relativi agli ultimi 3 anni.



Rapporto di Visita Medica

per il contratto Semplicemente Vita e Semplicemente Vita Più e Assicurazione Key Man e Tutta la Vita

Agenzia di: _____	Codice _____
Eseguito dal Dott. _____	residente a _____
Indirizzo _____	CAP _____ Prov. _____
Riguardante l'Assicurando Sig. _____	Nato a _____ il _____
residente a _____	Indirizzo _____
di professione _____	documento di riconoscimento _____

Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande, indicando, in caso di possibili dubbi interpretativi, tutti i dettagli che possono chiarire meglio la circostanza. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).

In caso di risposta affermativa specificare nell'apposito spazio

Lei è il Medico curante dell'Assicurando?

In caso affermativo La preghiamo di specificare da quanto tempo conosce l'assicurando, quando è stato consultato da lei l'ultima volta e per quale motivo.

Parte I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

<p>1 Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di: malattie di cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali, ipertensione, cancro o tumori, corea di Huntington, malattie nervose o mentali, morbo di Parkinson o morbo di Alzheimer?</p> <p><i>In caso affermativo specificare l'età alla diagnosi e il tipo di malattia</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>2 Ha praticato negli ultimi 5 anni esami clinici? (elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, radiografia, esami del sangue, TAC, risonanza magnetica, test HIV, altri).</p> <p><i>(Se sì, specificare gli esami effettuati, il motivo e il loro esito)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3 Ha mai subito un ricovero o un intervento (ad eccezione di ricoveri/interventi per parto, appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale, ernia discale, infortuni senza postumi, chirurgia estetica).</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>4 Attualmente è in attesa di ricovero?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	



<p>5 Soffre attualmente di postumi di pregresse malattie? (Se sì, indicare patologie ed eventuali percentuali di invalidità permanente)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>6 Ha sofferto in passato o soffre attualmente di malattie o disturbi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumori, cancro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato respiratorio? (bronchite cronica, pleurite, TBC, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato cardiocircolatorio, cerebrovascolare? (infarto, angina pectoris, ipertensione [indicare valori e cure] valvulopatie, arteriopatie, soffi cardiaci, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato digerente? (ulcera gastroduodenale, colite ulcerosa, epatite virale [indicare tipo A B C], cirrosi epatica, calcolosi epatica, calcolosi biliare, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato urogenitale? (nefriti, calcolosi renale, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • dell'apparato muscolo-scheletrico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sistema nervoso o della psiche? (epilessie, nevrosi, paralisi, tumori, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sistema endocrino-metabolico? (diabete [indicare tipo], gotta, alterazioni della tiroide, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • agli organi di senso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • del sangue? (anemie [indicare tipo], leucemia, altre malattie o disturbi) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • della pelle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	<p>Natura della malattia</p>	<p>Epoca di insorgenza</p>	<p>Data eventuale ricovero e durata o termine della malattia</p>
<p>7 E' stato sottoposto a terapia radiante e/o chemioterapia? (Se sì, specificare anno e motivo)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>8 E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? (Se sì, specificare anno e motivo)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>9 Fa attualmente uso di farmaci? (Se sì, specificare quali, da quanto tempo e perché)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			



10 Fa o ha fatto uso di alcolici? (<i>precisare i consumi</i>) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Indicare la tipologia e la quantità
11 Attualmente fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(In caso di risposta affermativa indicare la quantità e la tipologia)</i>	
12 Ha mai fatto o fa attualmente uso di sostanze stupefacenti? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Se sì, indicare quali e per/da quanto tempo)</i>	
13 Solo per le donne: ha mai sofferto di alterazioni del ciclo, malattie delle mammelle, disturbi durante la gravidanza o degli organi riproduttivi? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Se sì, indicare quali)</i>	
14 Solo per le donne: E' attualmente incinta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(Di quanti mesi?)</i>	
15 Eventuali altre informazioni di carattere sanitario che ritiene utile comunicare (in particolare se è previsto un ricovero o un intervento chirurgico) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

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 relazione al mio stato di salute, anche se non espressamente richiesto. 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 i medici e Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dell'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, assicurative e riassicurative.

HO LETTO ED APPROVO SPECIFICATAMENTE QUANTO SOPRA.

Data, _____ FIRMA DELL'ASSICURANDO _____

**Parte II: ESAME OBIETTIVO**

		Normale	Patologico	NOTE DI PATOLOGIA
1	Costituzione _____ Altezza _____ cm ____ Peso _____ kg ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	Cute e mucose visibili _____ (colorito, affezioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	Sistema linfonodale superficiale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	Stato della ghiandola tiroide _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5	Apparato osteo-articolare _____ (deformità, mutilazioni, artropatie, ecc.) Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____
6	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"/>	_____
7	Apparato cardiovascolare _____			
	• Ispezione, palpazione, percussione dell'ala cardiaca _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• Ascoltazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
		Mx Mn		
	• Rilevazione P.A. _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• Arterie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• Vene (varici, emorroidi) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
		Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Apparato digerente _____			
	• Addome (ispezione e palpazione) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• Fegato _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	• Milza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Conclusione diagnostica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



	Normale	Patologico	NOTE DI PATOLOGIA	
9 Apparato uro-genitale _____ • Reni, vescica, uretra, prostata, utero _____ Conclusione diagnostica _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
10 Sistema nervoso e organi di senso _____ • Condizioni psichiche _____ • motilità _____ • sensibilità e riflessi _____ • udito _____ • vista _____ • olfatto _____ Conclusione diagnostica _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	
11 Analisi urine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Eventuali accertamenti che il curante ritiene opportuno far eseguire per una corretta diagnosi _____ _____ _____				
Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. _____ (documento di riconoscimento _____) 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 Compagnia. _____, data _____ <div style="text-align: right;">Timbro e Firma del Medico _____</div>				
SEZIONE RISERVATA ALLA DIREZIONE DELLA COMPAGNIA				
Valutazione del rischio ai fini dell'assicurazione vita	NORMALE <input type="checkbox"/>	TARATO <input type="checkbox"/>		
Valutazione ai fini della eventuale concessione dell'assicurazione complementare del rischio di invalidità	FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	FAVOREVOLE CON ESCLUSIONE DELL'APPARATO	Uditivo <input type="checkbox"/> Visivo <input type="checkbox"/> Osteo-articolare <input type="checkbox"/> Altri _____
DOCUMENTAZIONE MANCANTE _____ _____				
ULTERIORI ACCERTAMENTI _____ _____				
EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI _____ _____				
_____, data _____ <div style="text-align: right;">Timbro e Firma del Medico _____</div>				