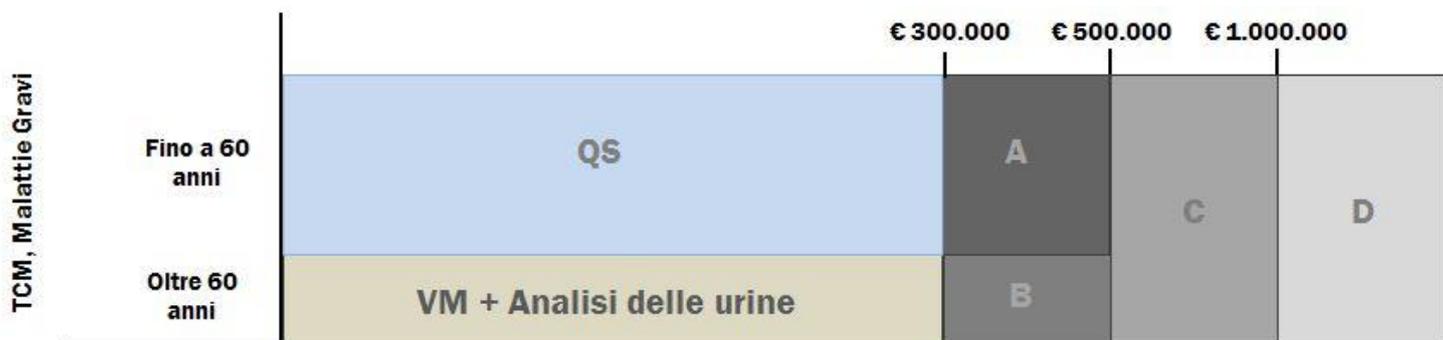




## Tabella Accertamenti Sanitari

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><b>QS</b></p> <p>Per assicurati fino a 60 anni di età e fino a Euro 300.000</p>	Solo questionario sanitario
<p><b>Visita Medica + Analisi delle urine</b></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><b>A</b></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>B</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;"><b>C</b></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;"><b>D</b></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.

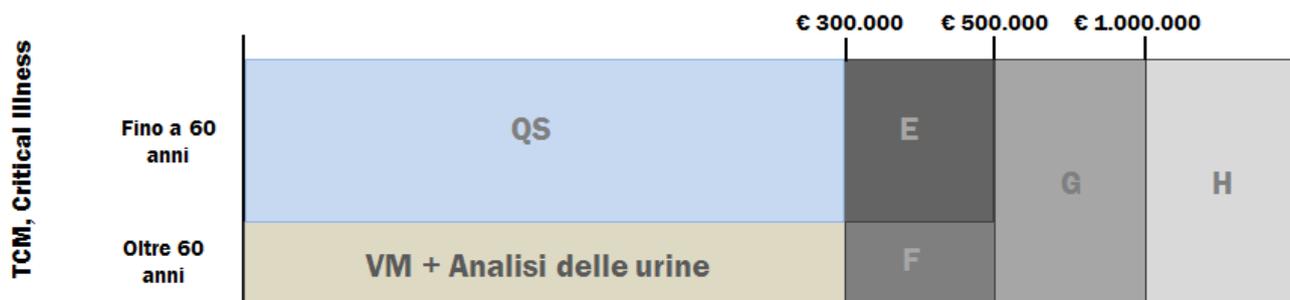
\*Oltre Euro 2.000.000 oltre ai questionari indicati in tabella: dichiarazioni dei redditi dell'assicurato e (per profilo "Key man" di AXA Assicurazioni Tutta la Vita) dei bilanci della società contraente relativi agli ultimi 3 anni.



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



<p style="text-align: center;"><b>G</b></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;"><b>H</b></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

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?  <i>In caso affermativo specificare l'età alla diagnosi e il tipo di malattia</i>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
2	Ha praticato negli ultimi 5 anni esami clinici? (elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, radiografia, esami del sangue, TAC, risonanza magnetica, test HIV, altri).  <i>(Se sì, specificare gli esami effettuati, il motivo e il loro esito)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
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).	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
4	Attualmente è in attesa di ricovero?	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>



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



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

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



	Normale	Patologico	NOTE DI PATOLOGIA	
<b>9</b> <b>Apparato uro-genitale</b> _____ • Reni, vescica, uretra, prostata, utero _____  Conclusione diagnostica _____ _____	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	
<b>10</b> <b>Sistema nervoso e organi di senso</b> _____ • 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"/>	_____ _____ _____ _____	
<b>11</b> <b>Analisi urine</b> _____	<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>				
<b>SEZIONE RISERVATA ALLA DIREZIONE DELLA COMPAGNIA</b>				
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>				