



# PROTEZIONE VITA

## Vademecum emissione polizze individuali

DOCUMENTO AD USO ESCLUSIVO INTERNO

Ottobre 2023

# Gamma prodotti Protection

Prodotto	Garanzia	Processo assuntivo
<b>Tutta la Vita – soluzione libera</b>	A scelta del cliente tra TCM, CI e LTC (una o più garanzie)	Questionario sanitario Mr DOC
<b>Tutta la Vita – soluzione unica</b>	TCM, CI e LTC con prestazione al primo evento	Dichiarazione di buono stato di salute
<b>Semplicemente Vita – capitale costante</b>	TCM	Questionario sanitario Mr DOC
<b>Semplicemente Vita – capitale decrescente</b>	TCM	Questionario sanitario Mr DOC
<b>Per Noi</b>	TCM, CI e LTC su due assicurati con prestazione al primo evento	Dichiarazione di buono stato di salute

I prodotti con dichiarazione di **buono stato di salute** non entrano nel ciclo autorizzativo di direzione quindi il cliente può sottoscrivere la proposta solo se può firmare la dichiarazione.

I prodotti con **questionario sanitario** («statico» o Mr DOC) prevedono delle informazioni in esso contenute

- In caso di esito «positivo» la proposta è approvata direttamente ed emettibile dall'agenzia;
- In caso di esito «negativo» la proposta entra nel ciclo autorizzativo e l'agenzia deve aprire un ticket di assistenza



# PROPOSTE IN AUTORIZZAZIONE

# Proposte in autorizzazione

**Gli elementi che possono inviare in autorizzazione di direzione una proposta sono i seguenti:**



Età superiore a 60 anni (anagrafica o assicurativa a seconda del prodotto) per TCM e/o CI (non si applica a LTC)



Capitale assicurato totale superiore a € 300.000 (anche come cumulo di polizze in essere o proposte in attesa dello stesso assicurato per la stessa garanzia, TCM o CI – non si cumulano insieme TCM e CI)



Professione pericolosa



Attività sportiva/extra-professionale pericolosa



Risposta al questionario sanitario (compreso rapporto peso/altezza)

**Mr DOC può, in alcune casistiche, approvare direttamente professioni, sport, patologie, ecc., anche con eventuale applicazione di sovrappremi.**

È in ogni caso assolutamente raccomandato fornire tutte le informazioni possibili all'interno del questionario in modo da agevolare le valutazioni e non dover richiedere informazioni al cliente in momenti successivi.

# Proposte in autorizzazione

**Per richiedere la valutazione della proposta andata in autorizzazione è necessario aprire un ticket sul portale di assistenza** specificando il numero di proposta ed allegando, se si è già a conoscenza, la documentazione necessaria alla valutazione.

- Per le proposte che vanno in autorizzazione di direzione devono essere forniti gli accertamenti sanitari (e finanziari per capitali maggiori di € 1 milione) secondo lo schema riportato nella slide successiva
- In alcuni casi, inoltre, Mr DOC fornisce il dettaglio degli accertamenti da fornire (es: per patologia tumorale richiesta di ultima visita di follow-up ed esame istologico)

## **Durata delle proposte:**

Le proposte che trascorsi 2 mesi dalla data di emissione non si sono convertite in polizza vengono automaticamente stornate. Nel caso in cui per la proposta stornata sia già stata avviata un'istruttoria, con l'invio di documentazione sanitaria valida (max 6 mesi), la Compagnia, per la prosecuzione valutativa sulla nuova proposta, potrà preservare quanto già trasmesso.

## **Esiti della valutazione della proposta:**

- **Proposta accettata a condizioni standard**
- **Proposta accettata con sovrappremio** (sanitario, professionale, sportivo/extra-professionale)
- **Proposta accettata con applicazione di esclusioni**
- **Proposta rifiutata**

L'esito della valutazione viene comunicato direttamente nel portale di assistenza.

# Proposte in autorizzazione

		€ 300.000	€ 500.000	€ 1.000.000
TCM, Malattie Gravi	Fino a 60 anni	QUESTIONARIO SANITARIO		
	Oltre 60 anni	RAPPORTO DI VISITA MEDICA	A	B
			C	D

**VEDI ALLEGATO 1** – Tabella Accertamenti Sanitari



Adobe Acrobat Document

**VEDI ALLEGATO 2** - Modello rapporto di visita medica



Adobe Acrobat Document

**Si rammenta l'importanza di compilare attentamente in ogni parte** il modello del rapporto di visita medica ed eventuali altri questionari

**È vietato conservare e/o diffondere copie (cartacee o digitali) della documentazione fornita dai clienti** per le valutazioni. Tutti gli originali devono essere riconsegnati al cliente subito dopo la scansione ed i file devono essere eliminati subito dopo aver inviato il ticket.

**Validità della documentazione:** la Compagnia può valutare documentazione che sia stata prodotta fino a 6 mesi precedenti la proposta salvo casi di richieste specifiche per documentazione antecedente (es: cartelle cliniche di interventi).

Per importi di capitale assicurato superiori a € 300.000 la Compagnia mette a disposizione dei **check-up pre-assuntivi gratuiti** in strutture convenzionate presenti in Lombardia, Piemonte e Lazio

**VEDI ALLEGATO 3** - Vademecum check-up pre-assuntivi



Adobe Acrobat Document

# Carenza

Si ricorda che **i clienti possono decidere di produrre il rapporto di visita medica** anche quando non esplicitamente **richiesto al fine di eliminare** (per TCM) **o ridurre** (per CI) **le carenze** come da schema riportato

Garanzia	Senza visita medica	Con visita medica
TCM	<ul style="list-style-type: none"><li>• 6 mesi per tutti i casi</li><li>• Nessuna carenza per malattie infettive acute, shock anafilattico, infortunio</li><li>• 5 anni per HIV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nessuna carenza</li><li>• 5 anni per HIV in caso di rifiuto del test</li><li>• Nessuna carenza per HIV in caso di test con esito negativo</li></ul>
CI	<ul style="list-style-type: none"><li>• 6 mesi per Cancro, Infarto, Ictus e CABS</li><li>• Nessuna carenza per le altre malattie gravi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 mesi per Cancro, Infarto, Ictus e CABS</li><li>• Nessuna carenza per le altre malattie gravi</li></ul>
LTC	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 anni per malattie nervose o mentali dovute a causa organica</li><li>• Nessuna carenza per infortunio</li><li>• 1 anno per tutte le altre patologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Non è prevista l'eliminazione del periodo di carenza tramite visita medica</li></ul>



# QUESTIONARIO MR DOC



# Questionario Mr DOC



Il questionario Mr DOC è suddiviso in 4 sezioni:

Informazioni generali	Anamnesi personale	Anamnesi familiare	Storia del trattamento medico
-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------------------

Al completamento di ciascuna sezione basterà cliccare «Successiva» per proseguire:

Successiva	Controllo Domanda/Risposta	Salva ed Escl
------------	----------------------------	---------------

# Informazioni generali



Informazioni generali	Anamnesi personale	Anamnesi familiare	Storia del trattamento medico
<p><b>Attività extraprofessionali o sportive</b> Selezionare tutte le opzioni applicabili</p> <p>Nessuna </p>			
<p>Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?</p> <p><input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No</p>			
<p>Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?</p> <p><input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No</p>			
<p><b>È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie?</b></p> <p><input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No</p>			
<p>Successiva <input type="button" value="Controllo Domanda/Risposta"/> <input type="button" value="Salva ed Esci"/></p>			

**Sport estremo:** qualsiasi sport che comporta un livello di pericolosità paragonabile a quelli elencati (es: rafting, bungee jumping, ecc.)

# Anamnesi Personale



Informazioni generali | **Anamnesi personale** | Anamnesi familiare | Storia del trattamento medico

Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:

- ☒ Nessuna
- ☐ AIDS o HIV
- ☐ Allergie o disturbi del sistema immunitario
- ☐ Vescica, reni, prostata o tratto urinario
- ☐ Sangue
- ☐ Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo
- ☐ Cervello, midollo spinale o neuropatie
- ☐ Polmoni o respirazione
- ☐ Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o neoplasia
- ☐ Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare
- ☐ Attacco ischemico transitorio (TIA)
- ☐ Diabete
- ☐ Dipendenza da droga o da alcool
- ☐ Orecchie, naso, gola o bocca
- ☐ Occhi
- ☐ Cuore, vene o vasi sanguigni
- ☐ Epatite
- ☐ Ormoni, ghiandole o metabolismo
- ☐ Infezioni o virus
- ☐ Infortuni o avvelenamenti
- ☐ Intestino, esofago o stomaco
- ☐ Fegato, dotto biliare o colecisti
- ☐ Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive
- ☐ Altra patologia o disturbo

Precedente | **Controllo Domanda/Risposta** | Salva ed Esce

Per spostarsi da una sezione all'altra si può:

- Cliccare «**Precedente**» o «**Successiva**»
- Cliccare sui nomi di ciascuna sezione riportati in alto

Controllo Domanda/Risposta Esandi tutto

● = Completato    ⏸ = In corso    ▲ = Non iniziato

► Informazioni generali ● Completato

▼ Anamnesi personale ▲ Non iniziato

▲ Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:

► Anamnesi familiare ▲ Non iniziato

► Storia del trattamento medico ▲ Non iniziato

Salva ed Esce

È possibile visualizzare lo stato di completamento del questionario cliccando «**Controllo Domanda/Risposta**»

# Anamnesi Familiare



Informazioni generali	Anamnesi personale	Anamnesi familiare	Storia del trattamento medico
<p>Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?</p> <p><input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No</p>			
<p>Precedente      Successiva      <b>Cotrollo Domanda/Risposta</b>      <b>Salva ed Esci</b></p>			

**Malattie ereditarie** (esempi): distrofia muscolare, diabete, tumore, malattie cardiovascolari e ictus.

# Storia del trattamento medico



Informazioni generali   Anamnesi personale   Anamnesi familiare   **Storia del trattamento medico**

Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?

☐ Sì ☒ No

Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?

☐ Sì ☒ No

A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?

☐ Sì ☒ No

Precedente   Successiva   **Controllo Domanda/Risposta**   Salva ed Esci

Completata l'ultima sezione, cliccando «**Successiva**» o «**Controllo Domanda/Risposta**», si visualizzerà il riepilogo del questionario con evidenza di eventuali risposte non fornite

Controllo Domanda/Risposta Chiudi tutto

● = Completato   ⌚ = In corso   ⚠ = Non iniziato

▼ Informazioni generali ● Completato

● Attività extraprofessionali o sportive

- Nessuna

● Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrapprezzo o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?

No

● Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?

No

● È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie?

No

▼ Anamnesi familiare ● Completato

● Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?

No

▼ Storia del trattamento medico ● Completato

● Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?

No

● Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?

No

● A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?

No

**Salva ed Esci**

Cliccando «**Salva ed Esci**» se il questionario è stato compilato interamente si proseguirà con la sottoscrizione della proposta, altrimenti si chiuderà la pagina di Mr DOC con il salvataggio delle risposte fornite. La compilazione potrà essere ripresa in qualsiasi momento ripartendo dalla prima domanda non risposta.



# INFORMAZIONI ULTERIORI

# Informazioni ulteriori

**DEFINIZIONE DI NON FUMATORE:** non fuma sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipe, neppure sporadicamente (ovvero nemmeno in maniera del tutto occasionale), da più di 12 mesi.

## REQUISITI FORMALI:

- **Assicurato:** deve essere in possesso di codice fiscale italiano
- **Contraente:**
  - persona fisica** – deve essere formalmente **residente in Italia**;
  - persona giuridica** – deve avere la **sede principale in Italia**.



# Allegato 1 - Tabella Accertamenti Sanitari





## Tabella Accertamenti Sanitari



Capitale da Assicurare	Accertamenti sanitari da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare e all'età dell'Assicurando
<b>Questionario Sanitario</b> Per assicurati fino a 60 anni di età e fino a Euro 300.000	Questionario sanitario
<b>Rapporto di Visita Medica</b> Per assicurati oltre 60 anni di età e fino a Euro 300.000	Questionario sanitario Rapporto di visita medica compilato dal Medico Curante
<b>A</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 Glicemia Creatininemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) HIV (facoltativo)
<b>B</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 Glicemia Creatininemia Azotemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV HIV (facoltativo)



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

\*Da Euro 1.000.000: questionari finanziari sui modelli predisposti dal riassicuratore disponibili presso il Dipartimento di riferimento.



# **Allegato 2 – Modello Rapporto di Visita Medica**



## Malattie o disturbi sofferti dall'infanzia a oggi

- .1** Malattie infettive e parassitarie ☐ Sì ☐ No
- Quali? \_\_\_\_\_
- Quando? \_\_\_\_\_
- .2** Ha sofferto o soffre di disturbi anche transitori? ☐ Sì ☐ No
- |  | Epoca                             | Diagnosi |
|--|-----------------------------------|----------|
| ■ Dell'apparato digerente (gastroduodenite, ulcera, colite ulcerosa, epatite virale, cirrosi epatica, calcoli biliari, tumori, ecc.) | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Dell'apparato cardio-vascolare (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, arteriopatie, varici arti inferiori, ecc.)   | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite, pleurite, tbc, tumori, ecc.)  | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Del sistema nervoso (epilessia, bronchite, pleurite, tbc, tumori, ecc.)  | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Del sistema uro-genitale (nefrite, calcoli, tumori, ecc.)<br>(se calcoli: intervento? espulsione?)                                 | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Del sistema osteo-articolare (artrite, artrosi, tumori, ecc.)  | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Del sistema endocrino-metabolico (diabete, dislipidemie, malattie della tiroide, malattie del surrene, ecc.)                       | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
| ■ Del sistema emopoietico (anemie, leucemie, ecc.)   | <input type="checkbox"/> Sì _____ | _____    |
- Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? ☐ Sì ☐ No
- Se Sì, indicare quali, l'epoca e la durata. \_\_\_\_\_
- Ha subito traumi, ferite, ecc.? ☐ Sì ☐ No

**5** È stato mai sottoposto a emotrasfusioni, e/o terapia a base di emoderivati? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo specificare il motivo ed epoca \_\_\_\_\_

**6** Ha praticato esami? ☐ Sì ☐ No

■ Quali? (urine, sangue HIV, HCV, HBV, radiologici, elettrocardiografici, ecc.) \_\_\_\_\_

■ Quali? \_\_\_\_\_

■ Da quanto tempo? \_\_\_\_\_

■ Per quali patologie? \_\_\_\_\_

**7** Pratica attualmente cure ☐ Sì ☐ No

■ Quali? \_\_\_\_\_

■ Da quanto tempo? \_\_\_\_\_

■ Per quali patologie? \_\_\_\_\_

**8** Altre dichiarazioni dell'assicurato

■ Beneficia di una pensione di invalidità? ☐ Sì ☐ No

■ Se Sì, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità ed allegare la relativa certificazione. \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto le risposte sopra descritte e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date. Dichiaro inoltre, ad ogni effetto di legge, che le succitate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società assicuratrice. Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. 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.

I M D I C N D

Data \_\_\_\_\_

## 1 Condizioni generali

■ Altezza/ Peso	cm	kg	■ Pressione arteriosa	sistolica	diastolica	freq. cardiaca
■ Il peso è rimasto stabile?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No				
■ Se no, specificare la causa						

	Normale	Patologico
1. Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Apparato muscolare (masse muscolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Apparato linfatico (adenopatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Condizioni della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Condizioni delle mammelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Apparato respiratorio

2.1 Prime vie respiratorie (naso, tonsille, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Ispezione, palpazione e percussione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusione diagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3 Apparato cardiovascolare

3.1 Cuore		
■ Ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Percussione (area cardiaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Ascoltazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Normale	Patologico
<b>3.2</b> Arterie (palpazione, soffi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>3.3</b> Vene (varici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Conclusione diagnostica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<hr/>		
<b>4</b> <b>Apparato digerente</b>		
<b>4.1</b> Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>4.2</b> Addome ■ Ispezione e palpazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>4.3</b> Fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>4.4</b> Milza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>4.5</b> Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>4.6</b> Eventuali ernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Conclusione diagnostica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<hr/>		
<b>5</b> <b>Apparato uro genitale</b>		
<b>5.1</b> Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatismo, stenosi uretrale, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Conclusione diagnostica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<hr/>		
<b>6</b> <b>Sistema nervoso</b>		
<b>6.1</b> Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>6.2</b> Motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____
<b>6.3</b> Sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ _____

	Normale	Patologico
<b>6.4</b> 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"/>
<b>Conclusione diagnostica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8

### Conclusioni diagnostiche

(dopo presa visione degli eventuali accertamenti)

#### 8.1 Giudizio diagnostico

Normale Patologico

☐
☐

#### 8.2 Necessitano esami o visite specialistiche?

☐

Sì

☐

No

■ Quali?

■ Per quale patologia?

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo dell'assicurato con diligenza e precisione e si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio da lui dato.

**I M I M D M DIC**

**Data** \_\_\_\_\_

SPECIALISTA

DOMICILIO

E' il medico di famiglia dell'Assicurando? ☐ Sì ☐ No





# Allegato 3 – Vademecum Check-Up Pre-Assuntivo

## VADEMECUM OPERATIVO

### “CHECK UP PRE-ASSUNTIVI A CARICO DI AXA ASSICURAZIONI”

#### Content

1. Premessa
2. Descrizione dell'iniziativa
3. Processo Operativo
4. Allegato 1 – Elenco Centri Diagnostici per check-up pre-assuntivi
5. Allegato 2 – Pacchetti di Prestazioni

#### Premessa

- **AXA Assicurazioni** intende **supportare la Rete Agenziale** nella collocazione della Gamma Life Protection Individuali per Clienti che intendano sottoscrivere una polizza con capitale assicurato maggiore di euro 300.000.
- L'iniziativa Pilota è valida esclusivamente sul territorio di **Lombardia, Piemonte, Lazio**.

#### Descrizione dell'iniziativa

- L'iniziativa prevede la **copertura da parte di AXA Assicurazioni del costo degli accertamenti sanitari** che i soggetti assicurabili sono chiamati a svolgere in fase pre-assuntiva. I potenziali Clienti pertanto non dovranno sostenere il costo degli accertamenti richiesti. Resta a loro carico esclusivamente il rapporto di visita medica (compilato dal proprio medico curante o con la possibilità di effettuarlo a tariffe convenzionate all'interno dei Centri aderenti all'iniziativa).
- Gli **accertamenti sanitari** dovranno essere svolti esclusivamente presso i seguenti Centri Diagnostici (cfr. allegato 1 – Elenco Centri Diagnostici per check up pre-assuntivi):
  - **Lombardia: Centri Diagnostici Proprietari CRP AXA**
  - **Piemonte: Centri CIDIMU**
  - **Lazio: Gruppo Bios (Via Chelini,39) e Aster Diagnostica**
- Per beneficiare dell'iniziativa, gli Agenti e i potenziali Clienti sono invitati a **seguire rigorosamente le procedure descritte di seguito nel presente Vademecum**.
- Sarà compito dell'Agente assicurarsi che il Cliente rispetti le indicazioni riportate nel presente Vademecum per beneficiare di tale iniziativa.
- Nel caso in cui il processo non venisse rispettato, i Centri diagnostici potranno avvalersi della possibilità di richiedere il pagamento del check-up al cliente richiedente dello stesso.

#### Processo Operativo

- Finalizzato l'inserimento della proposta sui sistemi, il processo di emissione consente di stampare **l'elenco di accertamenti sanitari** (**Stampa del Questionario per l'adeguatezza e degli Accertamenti Sanitari richiesti**) che il potenziale Cliente è chiamato a svolgere per poter sottoscrivere polizze “Semplicemente Vita”, “Semplicemente Vita Più”, o “Tutta la Vita”, con capitale assicurato superiore ai 300.000 euro.
- Gli accertamenti sanitari richiesti sono organizzati in “Pacchetti di Prestazioni” (cfr. Allegato 2 – Pacchetti check-up pre-assuntivi) che differiscono a seconda dell'importo assicurato, secondo i seguenti *range*:
  - **Pacchetto A:** importo assicurato compreso tra euro 300.001 e 500.000, età del Cliente non superiore a 60 anni;
  - **Pacchetto B:** importo assicurato compreso tra euro 300.001 e 500.000, età del Cliente superiore a 60 anni;



- **Pacchetto C:** importo assicurato compreso tra euro 500.001 e 1.000.000;
- **Pacchetto D:** importo assicurato oltre euro 1.000.000.
- Dopo aver **verificato la lista delle prestazioni sanitarie restituite dall’inserimento della proposta e averle confrontate con l’Allegato 2** del presente Vademecum, **l’Agente riporta sul report** con la lista di prestazioni **il codice del Pacchetto di Prestazioni** (Pacchetto A, Pacchetto B, Pacchetto C, Pacchetto D) assegnato al potenziale Cliente.
- **L’Agente consegna la lista degli accertamenti richiesti** al proprio Cliente specificando:
  - Di recarsi nella struttura preferita, tra quelle presenti nell’Allegato 1;
  - di prenotare l’accertamento sanitario, telefonando al numero del CUP della struttura selezionata (numero di telefono indicato nell’allegato 1);
  - di citare al momento della prenotazione che la prestazione viene richiesta come **check-up pre-assuntivo con costi a carico di AXA/ AXA MPS** e quali prestazioni sono previste;
  - di portare con sé la lista nel giorno dell’appuntamento per poter accedere gratuitamente agli accertamenti sanitari.
- Il pagamento degli accertamenti sanitari è interamente a carico di AXA Assicurazioni/ AXA MPS, indipendentemente dall’effettiva sottoscrizione della polizza “Semplicemente Vita”, “Semplicemente Vita Più” o “Tutta la Vita”.
- **NB.** Per assicurare la corretta accoglienza del Cliente presso le Strutture Sanitarie, si suggerisce in via cautelativa e non obbligatoria di informare la Struttura Sanitaria dell’arrivo del Cliente e delle prestazioni da erogare.

#### Allegato 1 - Elenco Centri Diagnostici per check-up pre-assuntivi

Nome Centro	Città	Provincia	Indirizzo	Telefono	Sito web
<b>CRP AXA - Cinisello</b>	Cinisello Balsamo	Milano	Via G. Carducci, 5	02.6126583	<a href="http://www.axa.it/crp">www.axa.it/crp</a>
<b>CDC Como*</b> (NO PACCHETTO D)	Como	Como	Viale Varese, 79	031.262136	<a href="http://www.axa.it/crp">www.axa.it/crp</a>
<b>NUOVA RISANA - CIDIMU</b>	Gallarate	Varese	Via Egidio Checchi, 5	0331.776311	<a href="http://www.istitutorisana.com">www.istitutorisana.com</a>
<b>CIDIMU Torino</b>	Torino	Torino	Via Legnano, 23	011.5616111	<a href="http://www.cidimu.it">www.cidimu.it</a>
<b>CIDIMU Alba</b>	Alba	Cuneo	Corso M. Coppino, 32	0173.553333	<a href="http://www.cidimu.it">www.cidimu.it</a>
<b>Centro Bios</b>	Roma	Roma	Via Domenico Chelini, 39 (solo questa sede)	06.809641	<a href="http://www.gruppobios.it">www.gruppobios.it</a>
<b>Aster Diagnostica</b>	Roma	Roma	Via delle Costellazioni, 306	06.5291330	<a href="http://www.asterdiagnostica.it">www.asterdiagnostica.it</a>

\*Il Centro CDC di Como non effettua il pacchetto D

## Allegato 2 - Pacchetti check-up pre-assuntivi

NOME PACCHETTO	PRESTAZIONI INCLUSE
<b><u>Pacchetto A</u></b> 1) 300.001 - 500.000 € 2) Età dell'assicurato non superiore a 60 anni	Esame completo delle urine in laboratorio Glicemia Creatininemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) HIV
<b><u>Pacchetto B</u></b> 1) 300.001 - 500.000 € 2) Età dell'assicurato superiore a 60 anni	Esame completo delle urine in laboratorio Glicemia Creatininemia Azotemia Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridemia) Test di funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) HBsAg e anti-HCV HIV
<b><u>Pacchetto C</u></b> 500.001 - 1.000.000 €	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
<b><u>Pacchetto D</u></b> Oltre 1.000.001 €	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