

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Eseguita dal Dott. _____

Sulla malattia che determinò la morte dell'assicurato/a Signor/a _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, ponendo particolare attenzione ad indicare le DATE DI DIAGNOSI (MESE/ANNO) E DI INIZIO/FINE TRATTAMENTI di eventuali patologie. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato in vita.

1) Causa del decesso:			
2) Diagnosi della malattia causa del decesso:	Patologia	Data insorgenza	
3) Altre patologie:	Patologie/Fattori di rischio	Data insorgenza	
a) Altre patologie/fattori di rischio diagnosticati:			
a) l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici per altre patologie/fattori di rischio?	Data esecuzione	Causa	Esito
4) Risultano in anamnesi patologie correlate alla malattia causa del decesso?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali e l'epoca (mese/anno) della diagnosi _____ _____ _____		
a) Per quanto le è dato di sapere, ha consultato altri medici?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli _____ _____		

<p>10) L'assicurato</p> <p>a) fumava o aveva fumato?</p> <p>b) assumeva alcolici?</p> <p>c) assumeva o aveva assunto sostanze stupefacenti?</p> <p>d) assumeva o aveva assunto farmaci su base continuativa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> Quantità giornaliera _____ dal ____/____/____ Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____</p> <hr/> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date di inizio e fine del trattamento ed il motivo della prescrizione</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11) La preghiamo di fornire ogni ulteriore informazione che ritenga utile indicare, al fine di un corretto inquadramento clinico e diagnostico</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

“Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza e di essere consapevole della responsabilità che il sottoscritto si assume sulla veridicità dei dati forniti in ordine alla data di insorgenza di patologie o inizio di trattamento farmacologico e sulle eventuali omissioni di dati utili ai fini del questionario proposto dalla Compagnia Assicurativa”.

Data e luogo

Firma e timbro del medico
