

RELAZIONE DEL MEDICO SULLA MALATTIA CHE FU CAUSA DELLA MORTE DELL'ASSICURATO

Effettuata dal Dott. _____

Il medico è pregato di rispondere in modo chiaro e completo a tutte le domande e di mettere in rilievo tutte le circostanze atte ad illustrare la genesi ed il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato, riportando i dati e le circostanze a lui note sulle malattie pregresse, anche se queste non abbiano alcun rapporto con la malattia terminale.
L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Cognome e nome dell'Assicurato _____
 Età _____ Professione _____ Il decesso è avvenuto il _____ ore _____
 in _____ Via _____

1. Era medico abituale dell'Assicurato? - da quando? - in quale epoche visitò altre volte l'Assicurato? - per quali malattie? - quale medico lo curava precedentemente? - Indirizzo - la diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici? - quali? (generalità ed indirizzo)	<div style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <div style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div> <p>.....</p>
2. Cause del decesso - in seguito a quale malattia è deceduto l'Assicurato? - in quale data ha cominciato a curarlo per detta malattia? - quando presumibilmente ebbe inizio l'ultima malattia? - quale fu il decorso? - le consta che l'Assicurato non abbia svolto l'attività lavorativa per motivi di salute per più di 3 settimane consecutive? - venne effettuato riscontro autoptico?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>SI <input type="checkbox"/> Per quale malattia ?.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">In quale anno ?</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p>3. Anamnesi personale e familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> - il genere di occupazione e di vita dell'Assicurato può aver influito sull'ultima malattia? - vi sono nell'anamnesi familiare precedenti che possono aver relazione con l'ultima malattia (malattia eredo-familiari, quali: malattie infettive, malattie nervose e mentali, malattie diatesiche, ecc.)? - quali? - le consta che l'Assicurato fumasse? - se sì, da quanto tempo? - l'Assicurato faceva uso di sostanze stupefacenti? - da quando? - l'Assicurato conosceva la natura della malattia per la quale decedette e la natura delle eventuali condizioni patologiche precedenti? - le consta esistessero condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia? - Quali? - Da quando? - Possono aver esercitato qualche influenza sull'esito letale dell'ultima malattia? 	<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>4. Ricoveri ed esami</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Assicurato fu ricoverato in Ospedali, Case di Cura, Sanatori? - Quando? - Dove? - Con quale diagnosi di dimissione? - È stato sottoposto ad interventi chirurgici? - Specificare tipo ed epoca dell'intervento - Venne sottoposto a cure particolari roëntgenradium-terapiche, insuliniche, ecc.? - Quando? - Per quali malattie? - Gli vennero praticati in passato esami radiografici, elettrocardiografici, delle urine, del sangue, ecc.? - Quali? - Quando? - In seguito a quali malattie? - Ha praticato test per AIDS? - Quando? 	<p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>5. Quali altre notizie ed informazioni può dare alla Società?</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalle notizie in Suo possesso può escludere che il decesso dell'Assicurato sia dovuto a suicidio? 	<p>.....</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>

Dichiaro di aver fornito le notizie ed informazioni che precedono con esattezza ed in perfetta conoscenza dell'importanza che esse rivestono.

Steso in _____ il _____

IL MEDICO

.....
 Residente in (Prov.)
 Via Tel. n°