

**ALLEGATO N.4 – CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO PER LA  
VALUTAZIONE DELLO STATO DI INVALIDITA'****RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE****Eseguita dal Dott. \_\_\_\_\_**In merito alla causa che determinò **Invalità Totale Permanente** 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, scrivendo possibilmente in stampatello. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolti dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato. La raccolta di informazioni non è finalizzata a non indennizzare il sinistro ma a ricostruire nel suo complesso la situazione clinica dell'assicurato per quantificare la percentuale di invalidità.

<b>Causa dell'Invalidità Totale Permanente per Infortunio o malattia</b>	
Esatta descrizione della lesione (tipo e sede anatomica) o della malattia  Causa diretta della lesione iniziale della malattia, e data d'insorgenza.	
1) Era il medico abituale dell'assicurato?	Sì <input type="checkbox"/>  In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a lesioni/patologie di rilievo:  _____ _____ _____ _____  No <input type="checkbox"/>  Nel caso non fosse il medico abituale dell'assicurato si prega di





	<hr/> <hr/> <hr/>
6) Qual' è la durata probabile dell'incapacità al lavoro?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Luogo \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

