

**RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA VALUTAZIONE DEL SINISTRO MORTE**
**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 e di inizio/fine trattamenti di eventuali patologie. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolti dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.**

Causa del decesso:		
Diagnosi della malattia iniziale:	Patologia	Data insorgenza
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	Patologie/Fattori di rischio	Data insorgenza
1) Era il medico abituale dell'assicurato?	Sì <input type="checkbox"/>  In caso affermativo si prega di specificare da quando _____  No <input type="checkbox"/>  Nel caso non fosse il medico abituale dell'assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e	

	l'indirizzo del medico abituale: <hr/> <hr/> <hr/>
2) Per la malattia che ha causato il decesso, per quanto Le è dato di sapere, furono consultati altri medici?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli: <hr/> <hr/> <hr/>
3) Quando fu consultato per la prima volta dall'assicurato in merito alla malattia che ha causato decesso?	<hr/> <hr/>
4) Da quali sintomi/segni venne dedotta la natura della malattia che ha causato il decesso ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5) Quando ebbero inizio tali sintomi?	<hr/> <hr/>
6) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi della malattia che ha causato il decesso?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>7) a) Risultano in anamnesi patologie precedenti che possono essere correlate alla malattia che ha causato il decesso?</p> <p>b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quali:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
<p>8) L'assicurato conosceva la natura della malattia causa del suo decesso o quella delle malattie precedenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> se sì, da quando? _____</p> <p>_____</p>																		
<p>9) In anamnesi l'assicurato ha subito ricoveri ospedalieri?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 33%;">Nome Struttura</th> <th style="width: 33%;">Causa ricovero</th> <th style="width: 33%;">Data ricovero</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nome Struttura	Causa ricovero	Data ricovero															
Nome Struttura	Causa ricovero	Data ricovero																	



10) In anamnesi l'assicurato si e' sottoposto ad accertamenti diagnostici?	<b>Data esecuzione</b>	<b>Causa</b>	<b>Esito</b>
11) Quali altre malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?	<b>Altre malattie o fattori di rischio</b>		<b>Data insorgenza</b>
12) Per quanto Le è dato di sapere l'assicurato:			
	a) fumava o ha mai fumato?	No <input type="checkbox"/>  Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____  Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____ _____	
	b) ha fatto o faceva uso di alcolici?	No <input type="checkbox"/>  Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____ _____	
c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?	No <input type="checkbox"/>  Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____		

d) L'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?	<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/>
13) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare e inoltre di compilare la scheda anamnestica allegata.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

-----



**Anamnesi medica (Anamnesi patologica remota)**

La preghiamo di voler provvedere alla compilazione del documento indicando le eventuali patologie degne di nota (con data di diagnosi) e le relative terapie farmacologiche/mediche effettuate e prescritte limitatamente ai 5 anni precedenti alla data del 5/12/2016.

Eseguita dal Dott. \_\_\_\_\_

Nome e cognome assicurato: \_\_\_\_\_

Data della prescrizione / prestazione	Motivo della visita / accertamento diagnostico	Diagnosi	Note

Città: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

---

