

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Eseguita dal Dott. _____

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

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 prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

AVVERTENZA PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche) entrata in vigore in data 2 gennaio 2024, per la compilazione della presente Relazione non rilevano e dunque non devono essere fornite informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni oppure da più di 5 anni, nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

Pertanto, SI RACCOMANDA di rispondere alle domande che seguono considerando SOLO le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo NON si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

AL FINE DEL CALCOLO DEL PERIODO DI INTERESSE SEGNALIAMO CHE IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E' STATO SOTTOSCRITTO IN DATA _____

Causa del decesso:	
Diagnosi della malattia iniziale:	
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	
1) Era il medico abituale dell'assicurato?	<p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie di rilievo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>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:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>2) Per l'ultima malattia, per quanto Le è dato di sapere, furono consultati altri medici?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3) Quando fu consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'ultima malattia (per i sintomi di tosse, astenia, dolori) ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4) Da quali sintomi/segni venne dedotta la natura dell'ultima malattia ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5) Quando ebbero inizio tali sintomi?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi della malattia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>7) a) La malattia era connessa a processi patologici precedenti?</p> <p>b) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestate tali patologie?</p> <p>c) Ritiene che dette patologie, anteriori alla malattia che ha causato il decesso, abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?</p> <p>d) Ritiene che queste patologie avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo, la morte anche in assenza dell'ultima malattia sopraggiunta?</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>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></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"/></p>

<p>9) Quali malattie o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10) Per quanto Le è dato di sapere l'assicurato:</p> <p>a) fumava o ha mai fumato?</p> <p>b) ha fatto o faceva uso di alcolici?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____</p> <p>Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____</p> <p>_____</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>

<p>c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?</p> <p>d) L'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di fornire dettagli</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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 e durate delle cure ed il motivo</p>
<p>11) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare e inoltre di compilare la scheda anamnestica allegata.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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

Luogo _____, il _____

Firma e timbro del medico

Allegato alla Relazione del Medico Curante.

Scheda Anamnestica

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 effettuate negli ultimi 5 anni.

ANAMNESI MEDICA

Nome e cognome assicurato: _____

Data della visita	Motivo della visita	Diagnosi	Note

Città: _____ Data: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
