

## 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 Ella 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)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ..... ..... ..... ..... ..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> .....
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?	..... ..... ..... ..... ..... ..... SI <input type="checkbox"/> Per quale malattia ?..... ..... In quale anno ? ..... NO <input type="checkbox"/>  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<p>3. Anamnesi personale e familiare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il genere di occupazione e di vita dell'Assicurato può aver influito sull'ultima malattia?</li> <li>- 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.)?</li> <li>- quali?</li> <li>- le consta che l'Assicurato fumasse?</li> <li>- se sì, da quanto tempo?</li> <li>- l'Assicurato faceva uso di sostanze stupefacenti?</li> <li>- da quando?</li> <li>- l'Assicurato conosceva la natura della malattia per la quale decedette e la natura delle eventuali condizioni patologiche precedenti?</li> <li>- le consta esistessero condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia?</li> <li>- Quali?</li> <li>- Da quando?</li> <li>- Possono aver esercitato qualche influenza sull'esito letale dell'ultima malattia?</li> </ul>	<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>4. Ricoveri ed esami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Assicurato fu ricoverato in Ospedali, Case di Cura, Sanatori?</li> <li>- Quando?</li> <li>- Dove?</li> <li>- Con quale diagnosi di dimissione?</li> <li>- È stato sottoposto ad interventi chirurgici?</li> <li>- Specificare tipo ed epoca dell'intervento</li> <li>- Venne sottoposto a cure particolari roëntgenradium-terapiche, insuliniche, ecc.?</li> <li>- Quando?</li> <li>- Per quali malattie?</li> <li>- Gli vennero praticati in passato esami radiografici, elettrocardiografici, delle urine, del sangue, ecc.?</li> <li>- Quali?</li> <li>- Quando?</li> <li>- In seguito a quali malattie?</li> <li>- Ha praticato test per AIDS?</li> <li>- Quando?</li> </ul>	<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 Ella dare alla Società?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dalle notizie in Suo possesso può Ella escludere che il decesso dell'Assicurato sia dovuto a suicidio?</li> </ul>	<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° .....