

# Relazione del medico curante sulle cause di morte dell'Assicurato

Edizione 01.2011



**Fondiaria-Sai**  
divisione Systema Vita



## RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLE CAUSE DI MORTE DELL'ASSICURATO

Dott. \_\_\_\_\_

*Si prega di scrivere con chiarezza, possibilmente in stampatello, rispondendo esaurientemente a tutte le domande senza fare uso di trattini. L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.*

Polizza n. \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

### 1 - Dati dell'Assicurato

Cognome e nome dell'Assicurato defunto \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Luogo del decesso \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Data della morte: anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_

Diagnosi della malattia iniziale \_\_\_\_\_

Successioni morbose \_\_\_\_\_

Accidente terminale \_\_\_\_\_

### 2 - Dati del Medico

É Lei il medico abituale?  SI  NO da quale epoca? \_\_\_\_\_

Precedentemente a Lei, quali medici lo curavano? \_\_\_\_\_

Se viventi, qual è la loro residenza? \_\_\_\_\_

É Lei a conoscenza delle epoche in cui essi hanno visitato l'assicurato e per quali malattie? \_\_\_\_\_

Quando ha cominciato a curare l'Assicurato nell'ultima malattia? \_\_\_\_\_

Le consta che l'Assicurato fumasse?  SI  NO se SI, da quanto tempo? \_\_\_\_\_ se NO, lo faceva in precedenza? \_\_\_\_\_

L'Assicurato faceva uso di sostanze stupefacenti?  SI  NO da quando? \_\_\_\_\_

L'Assicurato faceva uso di sostanze alcoliche?  SI  NO da quando? \_\_\_\_\_

# 3 - Anamnesi

## Anamnesi familiare

---

---

---

---

## Anamnesi patologica remota

con indicazione, ove possibile, della data di insorgenza degli eventi morbosi e di eventuali ricoveri, visite specialistiche, analisi e/o prove diagnostiche

---

---

## Anamnesi patologica prossima

(importantissimo indicare la data di inizio della malattia)

---

---

---

## Decorso della malattia

---

---

---

---

---

---

---

Ricerche ed esami eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti)

---

---

---

Periodi dei ricoveri ospedalieri (indicare le date, il nome dell'Ospedale o della Clinica)

---

---

---

## 4 - Diagnosi ed altre informazioni

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?

---

---

Quali furono (cognome, nome, residenza ed epoca in cui furono consultati)?

---

---

---

La diagnosi dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomopatologica?

---

Il genere di occupazione e di vita dell'Assicurato (affaticamento, intemperanza, intossicazioni, ecc.) può aver influito sulla causa e sull'esito della malattia?

---

---

Conosceva l'Assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccombere?

---

da quando?

---

O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse?

---

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliore illustrazione del caso clinico?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**LUOGO E DATA**

---

**IL MEDICO CURANTE**

---

(timbro e firma)

---

(domicilio)

**FONDIARIA-SAI S.p.A.** - Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 TORINO - [www.fondiarai-sai.it](http://www.fondiarai-sai.it)