
Polizza

Spett.le
Generali Italia S.p.A.

 /

Agenzia

cod.

RELAZIONE DEL MEDICO sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilandolo in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui si è a conoscenza.

SEZIONE 1 – DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome _____	Età: anni _____
Professione _____	Stato civile _____
Attività sportive praticate _____	

SEZIONE 2 – INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO

Cognome e Nome _____
Era il medico abituale dell'Assicurato? _____ Da quale epoca? _____
Precedentemente a Lei quali medici lo curavano? (Indicare, se tuttora in vita, la loro residenza)

In quali epoche e per quali malattie gli stessi hanno visitato l'Assicurato?

SEZIONE 3 – DATI RELATIVI AL SINISTRO OCCORSO ALL’ASSICURATO

Evento che ha colpito l’Assicurato (barrare una delle seguenti opzioni):

Morte Invalidità/Inabilità Perdita di autosufficienza Malattia Grave

Causa dell’evento che ha colpito l’Assicurato (barrare una delle seguenti opzioni):

Malattia (compresi eventi acuti e/o improvvisi) Evento Accidentale/Incidente stradale

Suicidio/Omicidio (o tentato Suicidio/Omicidio) Altro (specificare) _____

Luogo del sinistro _____ (Prov. di) _____

Data del sinistro: giorno _____ mese _____ anno _____ ora _____

SEZIONE 4 - BREVE STORIA CLINICA DEL PAZIENTE

Anamnesi personale remota (*importantissimo evidenziare eventuali patologie pregresse sofferte dall’Assicurato, precisandone la data di insorgenza ed il relativo grado/tipo/valore*)

Il paziente si è mai sottoposto a visite specialistiche, esami di laboratorio, ecografie, elettrocardiogrammi che abbiano evidenziato situazioni anormali di rilievo? _____

Se sì, indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti:

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell’ospedale o della Clinica privata):

L'assicurato fumava? _____ Ha mai fumato? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato faceva uso abituale di alcolici o superalcolici? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? _____ Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie? _____ Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/handicap grave? _____

Se sì, quando? _____ Per quale patologia/evento? _____

Qual è stato l'esito dell'accertamento? _____

L'Assicurato beneficiava di esenzioni ticket legate a invalidità e/o patologie dallo stesso sofferte? _____ Se sì, indicare il tipo di esenzione con il relativo codice e la data del relativo riconoscimento

SEZIONE 5 - BREVE STORIA CLINICA DELLA MALATTIA

Da compilare esclusivamente se l'evento è stato causato da **malattia**:

Diagnosi della malattia iniziale : _____

Successioni morbose : _____

Accidente terminale (solo in caso di morte): _____

Anamnesi personale recente (***importantissimo** precisare la data d'inizio della malattia che ha causato il sinistro*)

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

Sintomatologia all'inizio della malattia:

Decorso della malattia:

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

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata):

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

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

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica? _____

Conosceva l'Assicurato la natura della malattia ? _____

Se sì, da quando? _____

O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse? _____

SEZIONE 6 – ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE AL SINISTRO

E' stata eseguita autopsia/riscontro diagnostico? _____

Se sì, allegare il referto _____

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

Luogo e data _____

Il Medico Curante

Timbro _____

Firma _____

Domicilio _____