

Relazione del medico curante di attestazione dello Stato di Invalidità totale e permanente

Eseguita dal Dott. _____

In merito alla causa di malattia o infortunio determinante lo stato di Invalidità totale e permanente 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, 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

Causa dell'Invalidità Totale Permanente:

Diagnosi della malattia/infortunio iniziale e data di insorgenza: _____

Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti: _____

1) E' il medico abituale dell'assicurato?

Sì

In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie di rilievo:

No

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 _____

2) Per l'ultima malattia/ultimo infortunio, per quanto Le è dato di sapere, furono consultati altri medici?

No

Sì

In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli:

3) Quando fu consultato per la prima volta dall'assicurato in merito all'ultima malattia/ultimo infortunio?

4) Da quali sintomi/segni venne dedotta la natura della malattia e dell'infortunio ?

5) Quando ebbero inizio tali sintomi?

6) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi della malattia/dell'infortunio?

No

Sì

In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:

7)

a) L'Assicurato aveva già pre-esistenti invalidità oltre a quella attualmente insorta?

No

Sì

In caso affermativo si prega di specificare data di insorgenza e cause sottostanti:

b) La malattia/l'infortunio generante l'attuale stato di invalidità era connesso a processi patologici precedenti?

No

Sì

In caso affermativo si prega di specificare quali:

c) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestati tali disturbi?

No

Sì

In caso affermativo si prega di specificare quali:

d) Ritiene che dati disturbi, anteriori alla causa generante lo stato attuale di invalidità, abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?

No

Sì

e) Ritiene che questi disturbi avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo, lo stato attuale di invalidità anche in assenza dell'ultima malattia/ultimo evento traumatico?

No

Sì

8) L'assicurato conosceva la natura della malattia causa della Sua invalidità o quella delle malattie precedenti?

No

Sì

9) Quali malattie, infortuni o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'assicurato?

si prega di fornire i relativi dettagli e relative date di primo riscontro

10) Per quanto Le è dato di sapere, l'assicurato:

a) ha fatto o faceva uso di alcolici?

No

Sì

In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera

b) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?

No

Sì In caso affermativo si prega di fornire dettagli

c) L'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?

No

Sì In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo

11) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utili a migliorare l'illustrazione del caso.

Nome e cognome del medico:
Indirizzo:
Comune: Prov.: C.A.P.
Telefonoemail.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico