

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE (medico di famiglia)

sulla causa che determinò il decesso dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse.

Il medico è pregato di redigere la presente fornendo tutte le informazioni utili ad illustrare l'inizio e il decorso di malattie gravi o comunque significative, eventualmente sofferte dall'Assicurato.

Si prega di rispondere in forma PARTICOLAREGGIATA

Form with fields for: Cognome e Nome del medico curante, Telefono, Cognome e nome dell'Assicurato defunto, Età / data di nascita, Professione, Data del decesso, Luogo del decesso, Causa del decesso.

Da quando Lei era il medico dell'Assicurato?

.....

E' disponibile ad un contatto da parte della Compagnia per eventuali approfondimenti del caso ?.....

In caso affermativo indichi i recapiti ai quali può essere contattato e i relativi orari:.....

.....

.....

.....

L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici o di sostanze stupefacenti? Indicare in che misura e da quando, se noti:

.....

.....

.....

BREVE STORIA CLINICA DELL'ASSICURATO (da compilare in caso di decesso causato da una patologia)

Patologia che ha causato il decesso (diagnosi iniziale, successione morbosa, accidente terminale):

.....

.....

.....

.....

.....

Data in cui è stata effettuata la prima diagnosi della patologia:.....

Altre patologie di cui ha sofferto l'Assicurato (con particolare riferimento a cardiopatie, nefropatie, broncopatie, neuropatie, malattie metaboliche, tumorali ecc.), data della relativa diagnosi, sintomatologia e decorso:

.....
.....
.....

Eventuali ricoveri ospedalieri, trattamenti sanitari e interventi chirurgici eseguiti nei confronti dell'Assicurato per le patologie sofferte (indicare nome dell'Ospedale/Clinica Privata, data, motivo e durata del ricovero):

.....
.....
.....
.....

L'Assicurato/a era a conoscenza della natura del male che ha causato il decesso o della natura di eventuali condizioni morbose precedenti:

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

IL MEDICO CURANTE

Firma

Luogo Data.....