

RELAZIONE DEL MEDICO

POLIZZA N. _____

CONTRAENTE _____

ASSICURATO _____

Dott. _____,

sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato (da restituire in **originale** a Genertellife S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto).

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

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 _____

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

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 _____

X

Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione

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

© LMD srl - grafica

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

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):

X _____

Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione

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

È stata eseguita autopsia/riscontro diagnostico? _____

Se sì, allegare il referto

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

Data e luogo

X

Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione

Domicilio