

## Dichiarazioni dell'assicurato

Cognome e Nome dell'Assicurato

---

Domicilio

---

Professione

---

Indicare quali assicurazioni sulla vita, contro gli infortuni o malattie ha l'Assicurato in corso attualmente.  
(Precisare le società e le somme assicurate)

Ass. Vita stipulata con la società \_\_\_\_\_

Somma assicurata pari a \_\_\_\_\_

Ass. Infortuni stipulata con la società \_\_\_\_\_

Somma assicurata pari a \_\_\_\_\_

Ass. Malattia stipulata con la società \_\_\_\_\_

Somma assicurata pari a \_\_\_\_\_

- Quanti ricoveri ospedalieri ha avuto l'Assicurato? Quando e per quale motivo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali indennizzi ha ricevuto per precedenti malattie o per interventi chirurgici (specificare gli importi e gli istituti assicuratori che hanno erogato l'indennizzo)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quando (gg/mm/aaaa) è iniziata l'attuale malattia e con quali manifestazioni morbose (sintomi)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali persone sono state per prime a conoscenza dei disturbi accusati dal paziente e lo hanno assistito (indicare nome, cognome, cod. fiscale, indirizzo)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quando e dove è stato fatto ricorso al medico (indicare data, ora e indirizzo esatto)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali indennizzi ha ricevuto per precedenti infortuni (specificare gli importi e gli istituti assicuratori che hanno erogato l'indennizzo)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- Indicare giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto:

---

---

- Quali persone sono state testimoni dell'infortunio (indicare nome, cognome, cod. fiscale, indirizzo)?

---

---

---

- Se non vi sono stati testimoni quali persone hanno visto per prime l'Assicurato dopo l'infortunio (indicare nome, cognome, cod. fiscale, indirizzo)?

---

---

---

- Indicare l'occupazione cui stava attendendo l'Assicurato quando avvenne l'infortunio:

---

---

- Quali persone hanno prestato per prime le cure? (indicare nome, cognome, cod. fiscale, indirizzo)?

---

---

- Indicare giorno, ora e località in cui le prime cure sono state prestate:

---

---

- Descrivere chiaramente in maniera circostanziata il modo in cui è avvenuto l'infortunio, le cause che lo hanno prodotto e le sue immediate conseguenze:

---

---

---

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupoloso, completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle indicazioni date

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_

## Rapporto del medico curante per danno da malattia

- Da quale malattia è affetto l'Assicurato e con quali manifestazioni morbose è iniziata?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- In quali condizioni di integrità fisiologica ed anatomica si trovava l'Assicurato prima della forma morbosa? (indicare specialmente se e quali tracce si riscontravano in lui di malattie come: gotta, artrite, diabete, tubercolosi, pleuriti, malattie del sistema osseo, nervoso, cerebro-spinale o circolatorio, disturbi psichici, epilessia, tumori, malattie luetiche, ecc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Qual è stata l'ultima malattia sofferta precedentemente dall'Assicurato?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quando e per quanto tempo fu ammalato?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Il medico lo ha curato altre volte e per quali forme?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali particolari caratteri presenta la malattia in corso?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Deve l'Assicurato per ordine del medico trattenersi a letto o in camera?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Per quanti giorni? \_\_\_\_\_
- Qual è la probabile durata della degenza?  
\_\_\_\_\_
- Può l'Assicurato, almeno in parte, disimpegnare le ordinarie sue occupazioni?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- In quale giorno è stata prestata per la prima volta l'assistenza medica?  
\_\_\_\_\_
- Da chi venne prestata?  
\_\_\_\_\_
- Dove venne curato l'Assicurato?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Quali altre osservazioni trova opportuno fornire?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Medico Curante \_\_\_\_\_