

## RELAZIONE DEL MEDICO

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

CONTRAENTE \_\_\_\_\_

ASSICURATO \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_,

sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato da restituire in **originale** a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

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

**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):

© LMD srl - grafica

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