



Agenzia Generale di \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail Agenzia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
**Mod.31**

## RELAZIONE DEL MEDICO sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilando in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui è a conoscenza.



### 1. DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Attività sportive praticate \_\_\_\_\_



### 2. INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Era il medico abituale dell'assicurato?  SI  NO

Da quale data? \_\_\_\_\_

Quali medici lo curavano precedentemente?

MEDICO PRECEDENTE 1

Nome e cognome \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza**

*Se tuttora in vita*

---

**C.A.P.**

---

**Comune**

---

**Provincia**

---

**Paese**

---

MEDICO PRECEDENTE 2

**Nome e cognome**

---

**Indirizzo di residenza**

*Se tuttora in vita*

---

**C.A.P.**

---

**Comune**

---

**Provincia**

---

**Paese**

---

**In quali anni e per quali malattie hanno visitato l'Assicurato?**

---



### **3. DATI RELATIVI AL SINISTRO OCCORSO ALL'ASSICURATO**

**Evento che ha colpito**

**l'Assicurato:**

*Barra una delle seguenti opzioni*

Morte

Invalidità/Inabilità

**Cause dell'evento**

**che ha colpito l'Assicurato:**

*Barra una delle seguenti opzioni*

Malattia (compresi eventi acuti e/o improvvisi)

Evento Accidentale/Incidente stradale

Suicidio/Omicidio  
(o tentato Suicidio/Omicidio)

Altro (specificare)

---

Località del sinistro \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Data del sinistro \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_



### 3. 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?

SÌ  NO

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?

SÌ  NO

Ha mai fumato?

SÌ  NO

Se sì, indicare quante sigarette al giorno più o meno e periodo:

Quantità \_\_\_\_\_

**Periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?**  SI  NO

Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo:

**1. Farmaco**

\_\_\_\_\_

**Periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**2. Farmaco**

\_\_\_\_\_

**Periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**L'assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie?**  SI  NO

Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo

**1. Motivazione sanitaria**

\_\_\_\_\_

**Tipo di farmaco**

\_\_\_\_\_

**Periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**2. Motivazione sanitaria**

\_\_\_\_\_

**Tipo di farmaco**

\_\_\_\_\_

**Periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/handicap grave?**  SI  NO

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?**  SI  NO

Se sì, indicare il tipo di esenzione con il relativo codice e la data del relativo riconoscimento: \_\_\_\_\_



## 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 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)* \_\_\_\_\_

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri

**Periodo ricovero** \_\_\_\_\_

**Ospedale/Clinica** \_\_\_\_\_

**La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?**  SI  NO

Se sì, quali furono?  
(cognome, nome, residenza ed epoca in cui furono consultati)

---

**La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica?**  SI  NO

**Conosceva l'Assicurato la natura della malattia?**  SI  NO

Se sì, da quando?

**O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse?**  SI  NO



## **6. ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE AL SINISTRO**

**È stata eseguita autopsia/riscontro diagnostico?**  SI  NO  
*Se sì, allegare referto*

**Quali notizie e informazioni può aggiungere a migliorare l'illustrazione del caso clinico?**

---

*Luogo e data*

*Firma del medico curante*

---

Timbro