

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

Si prega di scrivere con chiarezza, possibilmente in stampatello, rispondendo esaurientemente a tutte le domande senza fare uso di trattini. L'Assicurato, sottoscrivendo il modulo per l'inserimento o l'adesione all'assicurazione o il modulo di adesione al Fondo, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Convenzione N. \_\_\_\_\_

Agenzia di / Codice Broker \_\_\_\_\_

**1 – Dati dell'Assicurato****Cognome e nome dell'Assicurato defunto**

Età \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Luogo del decesso \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Data della morte: anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_

**Diagnosi della malattia iniziale**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Successioni morbose**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Accidente terminale**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2 – Dati del Medico**É Lei il medico abituale? ☐ sì ☐ no da quale epoca?

Precedentemente a Lei, quali medici lo curavano?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se viventi, qual è la loro residenza?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

É Lei a conoscenza delle epoche in cui essi hanno visitato l'assicurato e per quali malattie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quando ha cominciato a curare l'Assicurato nell'ultima malattia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Le consta che l'Assicurato fumasse? ☐ sì ☐ no Se sì, da quanto tempo? \_\_\_\_\_ Se no, lo faceva in precedenza? \_\_\_\_\_L'Assicurato faceva uso di sostanze stupefacenti? ☐ sì ☐ no da quando? \_\_\_\_\_L'Assicurato faceva uso di sostanze alcoliche? ☐ sì ☐ no da quando? \_\_\_\_\_

**3 – Anamnesi**

Anamnesi familiare

---

---

---

**Anamnesi patologica remota** - con indicazione, ove possibile, della data di insorgenza degli eventi morbosi e di eventuali ricoveri, visite specialistiche, analisi e/o prove diagnostiche

---

---

---

---

**Anamnesi patologica prossima** (importantissimo indicare la data di inizio della malattia)

---

---

---

---

Decorso della malattia

---

---

---

---

---

---

---

---

Ricerche ed esami eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti)

---

---

---

---

---

---

---

Periodo dei ricoveri ospedalieri (indicare le date, il nome dell'Ospedale o della Clinica)

---

---

---

---

---

---

---

**4 – Diagnosi ed altre informazioni**

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?

---

---

Quali furono (cognome, nome, residenza ed epoca in cui furono consultati)?

---

---

---

La diagnosi dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomopatologica?

---

Il genere di occupazione e di vita dell'Assicurato (affaticamento, intemperanza, intossicazioni, ecc.) può aver influito sulla causa e sull'esito della malattia?

---

---

---

---

---

Conosceva l'Assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccombere?

---

da quando?

---

O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse?

---

---

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

---

---

---

---

---

LUOGO E DATA

IL MEDICO CURANTE

---

(timbro e firma)

---

(domicilio)

---



Unipol Sai Assicurazioni S.p.A

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584 - Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta  
all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it