

Dott. _____

Si prega di scrivere con chiarezza, possibilmente in stampatello, rispondendo esaurientemente a tutte le domande senza fare uso di trattini. L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolti dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Convenzione N. _____

Agenzia di / Codice Broker _____

Cognome e nome dell'Assicurato _____

Età _____

Professione _____

Domicilio _____

Provincia _____

1. Quale malattia o
lesione fisica
determinò l'invalidità
dell'Assicurato?

2. In quale giorno
Lei ebbe a
constatarla?

3. Quali sintomi
presentava?

4. In base ai sintomi
osservati a quale
data doveva
presumibilmente
riportarsi l'inizio della
malattia o lesione
fisica?

5. Quale ne fu lo
svolgimento
ulteriore?

6. Trattasi di invalidità
temporanea?

Parziale o totale? _____

Se parziale, di
quale entità?

7. Trattasi di invalidità
permanente?
Parziale o totale?
Se parziale, di quale
entità?

8. L'Assicurato ha
perso la capacità
all'esercizio della
professione sopra
specificata?
In quale misura?
Perché?

9. L'Assicurato
svolge attualmente
altra attività?
Di quale natura?

10. Quale fu la
causa che
determinò la
malattia o la
lesione fisica?

11. Fu essa
indipendente dalla
volontà
dell'assicurato?

12. Esiste un nesso
tra questa malattia
e precedenti
condizioni
patologiche del
soggetto?
Quali erano queste
condizioni
patologiche?
Da quanto tempo
esistevano?

13. Quali dati
patologici vi sono
nell'anamnesi
personale del
soggetto?

14. Esistono
nell'anamnesi
familiare
precedenti i quali
possono avere
qualche relazione
con l'ultima
malattia?

15. È Lei il medico
abituale
dell'assicurato?
Da quale epoca?
Quale medico lo curò
precedentemente?
In quali epoche e per
quali malattie ebbe
Lei a visitare il detto
Assicurato?

16. La diagnosi
della malattia o
della lesione fisica
che fu causa
dell'inabilità
dell'Assicurato fu
confermata da altri
medici?
Quali furono?

*(La preghiamo di
indicare nome,
cognome, residenza)*

17. Quali altre
notizie ed
informazioni può
aggiungere?

LUOGO E DATA

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

(domicilio)