genialLife by Allianz

Relazione del medico curante di attestazione dello Stato di Invalidità totale e permanente dell'Assicurato

Si prega di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato rispondendo in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. Qualora in possesso di referti medici, si prega di allegarli. L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

Cognome e nome dell'Assicurato _____ Età: anni _____

Professione _____ Stato civile _____

Attività sportive praticate _____

Domicilio _____ Reperibilità telefonica _____

Causa dell'Invalidità Totale Permanente: _____

Diagnosi della malattia/infortunio iniziale e data di insorgenza: _____

Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti: _____

1. È il medico abituale dell'Assicurato? ◯ Sì ◯ No

   In caso affermativo si prega di specificare da quando _____

   In caso affermativo fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie di rilievo:

   Nel caso non fosse il medico abituale dell'Assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e l'indirizzo del medico abituale _____

2. Per l'ultima malattia/ultimo infortunio, per quanto Le è dato di sapere, furono consultati altri medici? ◯ Sì ◯ No

   In caso affermativo si prega di fornire i relativi dettagli:

   Quando fu consultato per la prima volta dall'Assicurato in merito all'ultima malattia/ultimo infortunio?

3. Da quali sintomi/segni venne dedotta la natura della malattia e dell'infortunio?

4. Quando ebbero inizio tali sintomi?

5. Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi della malattia/dell'infortunio? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti:

6. a) L'Assicurato aveva già pre-esistenti invalidità oltre a quella attualmente insorta? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare data di insorgenza e cause sottostanti:

b) La malattia/l'infortunio generante l'attuale stato di invalidità era connesso a processi patologici precedenti? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali:

c) È in grado di stabilire la data in cui si sono manifestati tali disturbi? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare:

d) Ritiene che dati disturbi, anteriori alla causa generante lo stato attuale di invalidità, abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa? ◯ Sì ◯ No

e) Ritiene che questi disturbi avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo, lo stato attuale di invalidità anche in assenza dell'ultima malattia/ultimo evento traumatico? ◯ Sì ◯ No

7. a) In considerazione dell'attuale stato invalidante sofferto dall'Assicurato, ritiene che lo stesso abbia perso in modo totale permanente ed irreversibile la capacità fisica e/o mentale a svolgere qualsiasi attività professionale? ◯ Sì ◯ No

Si prega di fornire i relativi dettagli in merito alle limitazioni fisiche e/o mentali sofferte dall'Assicurato:

b) In caso di possibile recupero delle capacità fisiche e/o mentali, quando ritiene che l'Assicurato potrà indicativamente riprendere a lavorare? Si prega di fornire i relativi dettagli:

c) Ritiene che l'Assicurato potrà riprendere a svolgere una attività professionale in modo totale? ◯ Sì ◯ No

In caso di risposta negativa, si prega di fornire dettagli in merito alle mansioni che non potranno essere più svolte:

d) Considerando le condizioni di salute dell'Assicurato, ritiene che lo stesso sia abile all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata e dichiarata in polizza? ◯ Sì ◯ No

In caso di risposta affermativa, si prega di fornire dettagli in merito alle nuove mansioni che l'Assicurato potrebbe svolgere una volta recuperate le capacità fisiche e mentali:

8. L'Assicurato conosceva la natura della malattia causa della Sua invalidità o quella delle malattie precedenti?
◯ Sì ◯ No

9. Quali malattie, infortuni o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'Assicurato? Si prega di fornire i relativi dettagli e relative date di primo riscontro:

10. Per quanto Le è dato di sapere, l'Assicurato:

a) fumava o ha mai fumato? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera:

Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo:

b) ha fatto o faceva uso di alcolici? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera:

c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di fornire dettagli:

d) L'Assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa? ◯ Sì ◯ No

In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo:

11. La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare e di compilare la scheda anamnestica allegata:

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

DICHIARAZIONI

Attesto di aver fornito tutte le informazioni in mio possesso sulla causa che determinò l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, sulle sue condizioni sanitarie pregresse, nonché sulle sue abitudini di vita e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza.

Timbro e firma del medico

(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo

Data

genialLife by Allianz

Allegato alla Relazione del Medico Curante.
Scheda Anamnestica

La preghiamo di voler provvedere alla compilazione del documento indicando le eventuali patologie/ infortuni degni di nota (con data di diagnosi) e le relative terapie farmacologiche e trattamenti medici effettuati negli ultimi 5 anni. L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato.

ANAMNESI MEDICA

Nome e cognome Assicurato:

1. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
2. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
3. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
4. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
5. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
6. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
7. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
8. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
9. Data della visita | Motivo della visita
   Diagnosi | Note
10. Data della visita | Motivo della visita
    Diagnosi | Note

11. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

12. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

13. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

14. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

15. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

16. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

17. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

18. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

19. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

20. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

21. Data della visita | Motivo della visita
Diagnosi | Note

DICHIARAZIONI

Dichiaro di aver fornito le notizie che precedono in piena consapevolezza e con competenza.

Timbro e firma del medico
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo **Data**