

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLE CAUSE DI MORTE DELL'ASSICURATO (mod. 110969)

	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 del	l'Assicurato								
Cognome e noi	me dell'Assicurato def	unto							
Età	Professione				Sta	to civile			
Luogo del dece	esso		Pro	vincia	Da	ta della morte:	anno	mese	giorno
Diagnosi della	malattia iniziale								
Successioni mo	orbose								
Accidente tern	ninale								
2 – Dati del	Medico								
É Lei il medico a			da quale e	poca? _		_			
Se viventi, qual	l è la loro residenza?								
É Lei a conosce	enza delle epoche in cu	i essi hanno visita	to l'assicı	urato e per	quali malattie?				
Quando ha cor	minciato a curare l'Assi	curato nell'ultima	malattia	?					
Le consta che l'	Assicurato fumasse?	□ si □ no	Se sì , da	quanto te	mpo?	Se no , lo fa	ceva in pr	ecedenza	?
L'Assicurato fac	ceva uso di sostanze stu	ipefacenti?	□ si	□no	da quando?				
L'Assicurato faceva uso di sostanze alcoliche?			□ si	□no	da quando?				

Mod. 110969 - ed. 01/2025 Pagina 1 di 3



RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLE CAUSE DI MORTE DELL'ASSICURATO (mod. 110969)

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)

Mod. 110969 - ed. 01/2025 Pagina 2 di 3



RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLE CAUSE DI MORTE DELL'ASSICURATO (mod. 110969)

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 anatomopatolog	gica?				
Il genere di occupazione e di vita dell'Assicurato (affaticamento, intempo sull'esito della malattia?	eranza, intossicazioni, ecc.) può aver influito sulla causa e				
Conosceva l'Assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccomb	ere?				
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)				
	(and Cynne)				
	(domicilio)				

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3,365,292,408,03 Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 0.46 - unipol.com - unipol.it

Mod. 110969 - ed. 01/2025 Pagina 3 di 3