



BPMVITA

## RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

La Relazione del Medico curante deve essere compilata dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e fa parte della documentazione sanitaria richiesta da Bipiemme Vita S.p.A. per procedere al pagamento del capitale previsto in caso di decesso.

Il presente modello è stato predisposto da Bipiemme Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni mediche utili ai fini della liquidazione della prestazione assicurata ed è utilizzabile a discrezione del Beneficiario e/o del Medico Curante

### AVVERTENZA:

**È importante redigere questa Relazione con ogni scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio e il decorso della malattia che ha portato al decesso dell'Assicurato.**

**È altresì importante non omettere dati e circostanze note sulle eventuali malattie pregresse, anche se queste non avessero avuto alcun rapporto con la malattia terminale.**

### Assicurato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### Estremi del decesso

Luogo del decesso \_\_\_\_\_ Cause del decesso \_\_\_\_\_

### Medico curante

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

1. Da quanto tempo era il medico dell'assicurato? \_\_\_\_\_

2. In quali epoche visitò l'assicurato? \_\_\_\_\_

Per quali malattie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. L'assicurato ha sofferto di qualche malattia acuta o cronica?  SI  NO

In caso affermativo quali? \_\_\_\_\_

da quando? \_\_\_\_\_

4. L'Assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni in Ospedali e/o Case di Cura?  SI  NO

In caso affermativo specificare:

nome/i della/e struttura/e ospedaliera/e \_\_\_\_\_

data/e del ricovero \_\_\_\_\_

motivo/i del/i ricovero/i: \_\_\_\_\_

5. Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?

\_\_\_\_\_

6. Quando fu diagnosticata la malattia?

\_\_\_\_\_

7. Per tale malattia l'Assicurato fu sottoposto ambulatorialmente ad accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici?  SI  NO

In caso affermativo specificare:

quali \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

nome della struttura ospedaliera \_\_\_\_\_

8. È stato eseguito esame autoptico (istologico, tossicologico)?  SI  NO

In caso affermativo, con quale esito? \_\_\_\_\_

9. Quali altre notizie e/o informazioni può aggiungere? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ IL MEDICO CURANTE (Timbro e Firma) \_\_\_\_\_