

Zurich Investment Life

Relazione del Medico curante

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti il presente Modulo e di apporre la firma in modo leggibile.

Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di "Relazione del Medico Curante" che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Società, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

Assicurato

Cognome e Nome _____

Stato civile _____ Professione _____ Età _____

Estremi del decesso

Data del decesso _____ Ora del decesso _____

Luogo del decesso _____ Provincia _____

Medico curante

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune e Provincia _____

Relazione

Il medico, sotto la propria responsabilità redige il presente modulo in ogni sua parte, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la natura, l'inizio e il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato.

1. Quale è stata la causa di morte dell'Assicurato?

2. Quale è stata la malattia iniziale?

3. In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati ed alla documentazione sanitaria in suo possesso a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

4. Quando ha incominciato a curarlo per tale malattia?

5. La malattia ha richiesto ricoveri? SI NO

In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

6. Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia? Quali?

7. Da quanto tempo esistevano condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia?

Quali cure aveva praticato?

8. L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotipici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia).

9. Lei era il medico abituale dell'Assicurato? SI NO

Da quando?

10. Quale medico lo curava precedentemente?

11. Quali altre notizie od informazioni può aggiungere?

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23
20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662003
Capitale sociale € 207.925.480 iv.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2
C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it
www.zurich.it

Luogo e Data _____

IL MEDICO CURANTE (Nome, Cognome, Timbro e Firma)

Si precisa che l'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico dell'interessato



ZURICH®

Proposta/Polizza N. _____

Zurich Investment Life

Relazione del Medico curante

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti il presente Modulo e di apporre la firma in modo leggibile.

Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di "Relazione del Medico Curante" che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Società, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

Assicurato

Cognome e Nome _____

Stato civile _____ Professione _____ Età _____

Estremi del decesso

Data del decesso _____ Ora del decesso _____

Luogo del decesso _____ Provincia _____

Medico curante

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune e Provincia _____

Relazione

Il medico, sotto la propria responsabilità redige il presente modulo in ogni sua parte, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la natura, l'inizio e il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato.

1. Quale è stata la causa di morte dell'Assicurato?

2. Quale è stata la malattia iniziale?

3. In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati ed alla documentazione sanitaria in suo possesso a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

4. Quando ha incominciato a curarlo per tale malattia?

5. La malattia ha richiesto ricoveri? SI NO

In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

6. Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia? Quali?

7. Da quanto tempo esistevano condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia?

Quali cure aveva praticato?

8. L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotipici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia).

9. Lei era il medico abituale dell'Assicurato? SI NO

Da quando?

10. Quale medico lo curava precedentemente?

11. Quali altre notizie od informazioni può aggiungere?

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23
20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662003
Capitale sociale € 207.925.480 iv.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2
C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it
www.zurich.it

Luogo e Data _____

IL MEDICO CURANTE (Nome, Cognome, Timbro e Firma)

Si precisa che l'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico dell'interessato



ZURICH®

Proposta/Polizza N. _____

Zurich Investment Life

Relazione del Medico curante

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti il presente Modulo e di apporre la firma in modo leggibile.

Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di "Relazione del Medico Curante" che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Società, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

Assicurato

Cognome e Nome _____

Stato civile _____ Professione _____ Età _____

Estremi del decesso

Data del decesso _____ Ora del decesso _____

Luogo del decesso _____ Provincia _____

Medico curante

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune e Provincia _____

Relazione

Il medico, sotto la propria responsabilità redige il presente modulo in ogni sua parte, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la natura, l'inizio e il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato.

1. Quale è stata la causa di morte dell'Assicurato?

2. Quale è stata la malattia iniziale?

3. In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati ed alla documentazione sanitaria in suo possesso a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

4. Quando ha incominciato a curarlo per tale malattia?

5. La malattia ha richiesto ricoveri? SI NO

In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

6. Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia? Quali?

7. Da quanto tempo esistevano condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia?

Quali cure aveva praticato?

8. L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotipici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia).

9. Lei era il medico abituale dell'Assicurato? SI NO

Da quando?

10. Quale medico lo curava precedentemente?

11. Quali altre notizie od informazioni può aggiungere?

Zurich Investments Life S.p.A.

Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23
20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662003
Capitale sociale € 207.925.480 iv.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia, iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2
C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it
www.zurich.it

Luogo e Data _____

IL MEDICO CURANTE (Nome, Cognome, Timbro e Firma)

Si precisa che l'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico dell'interessato

Zurich Investment Life

Relazione del Medico curante

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti il presente Modulo e di apporre la firma in modo leggibile.

Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di "Relazione del Medico Curante" che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Società, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

Assicurato

Cognome e Nome _____

Stato civile _____ Professione _____ Età _____

Estremi del decesso

Data del decesso _____ Ora del decesso _____

Luogo del decesso _____ Provincia _____

Medico curante

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune e Provincia _____

Relazione

Il medico, sotto la propria responsabilità redige il presente modulo in ogni sua parte, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possano illustrare la natura, l'inizio e il decorso dell'ultima malattia dell'Assicurato.

1. Quale è stata la causa di morte dell'Assicurato?

2. Quale è stata la malattia iniziale?

3. In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati ed alla documentazione sanitaria in suo possesso a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

4. Quando ha incominciato a curarlo per tale malattia?

5. La malattia ha richiesto ricoveri? SI NO

In caso affermativo specificare il luogo e l'epoca in cui si resero necessari.

6. Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia? Quali?

7. Da quanto tempo esistevano condizioni patologiche precedenti l'ultima malattia?

Quali cure aveva praticato?

8. L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotipici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia).

9. Lei era il medico abituale dell'Assicurato? SI NO

Da quando?

10. Quale medico lo curava precedentemente?

11. Quali altre notizie od informazioni può aggiungere?

Luogo e Data _____

IL MEDICO CURANTE (Nome, Cognome, Timbro e Firma)

Si precisa che l'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico dell'interessato