

**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 prosciolto 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)*

---