

POLIZZE VITA LONG TERM CARE
(Convenzione EMAPI – AVIVA VITA S.p.A. CONTRATTO n. 5002)

**RELAZIONE MEDICA SULLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA
PRESUMIBILMENTE PERMANENTE
(Modello 1)**

Mod.R-LTC-3/24

SI RICORDA CHE LE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEVONO PERSISTERE DA ALMENO 90 GG CONTINUATIVI E CHE LA RICHIESTA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA DOPO TALE TERMINE

Nome e Cognome del Medico Curante/Ospedaliero _____

Nome e cognome dell'Assicurato _____

Luogo di nascita dell'Assicurato _____ data _____

Attenzione: Si prega di scrivere molto CHIARO (preferibilmente in stampatello), rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande, senza lasciare i campi in bianco, senza barrarli e senza usare abbreviazioni.

È Lei il medico abituale dell'Assicurato? _____

Se sì, da quale epoca? _____

Se no, specificare il rapporto professionale che La lega all'Assicurato e da quale epoca.

È parente dell'assicurato? Se sì, di quale grado? _____

ANAMNESI PERSONALE REMOTA – indicare eventuali **patologie e/o affezioni morbose pregresse** (difetti fisici, anomalie congenite, handicap e/o invalidità preesistenti) dell'Assicurato e le relative date di insorgenza e di conoscibilità.

Se l'Assicurato non ha mai sofferto di patologie degne di nota, evidenziare questa circostanza in modo esplicito, senza lasciare il campo in bianco e senza barrarlo.

Ci sono state assenze lavorative per affezioni morbose? Se sì, indicare la causa, l'epoca e la durata del quadro di inabilità.

Quali altri medici hanno visitato l'Assicurato e a quali cure lo hanno sottoposto?

Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato (specificare la data della sua sopravvenienza)? Indicare altresì l'evoluzione dell'affezione che ha dato origine alla perdita di autosufficienza, l'eventuale necessità di assistenza continuativa da parte di terzi per l'espletamento delle attività ordinarie della vita quotidiana, il suo inizio e la sua durata.

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri: indicare le date di tutti i ricoveri e le relative durate, specificando per ciascuno di essi la data di ammissione e di dimissione ed il nome degli Ospedali e/o delle Cliniche private.

Durante tali ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate? (specificare le date delle relative diagnosi).
