

**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 si, 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).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Qualora l'Assicurato abbia seguito e/o stia tuttora seguendo un iter terapeutico, indicare il tipo di farmaci, il dosaggio ed il grado di "compliance" del paziente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nel caso di perdita di autosufficienza determinata da problemi mentali o del sistema nervoso, specificare la natura (organica o non organica) di questi, l'epoca della loro insorgenza, l'entità dell'affezione con specifico riferimento al grado di compromissione delle funzioni intellettive superiori, il tipo di funzioni analizzate e le ripercussioni sistemiche delle stesse.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nel caso di perdita di autosufficienza determinata da problemi mentali o del sistema nervoso, specificare i test scientifici a validazione internazionale eseguiti (tra cui WAIS, MMPI, Rorschach, Matrici di Raven, Mini Mental State Examination di Folstein) ed i loro risultati.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante/Ospedaliero**

**(firma e timbro)** \_\_\_\_\_

**(domicilio)** \_\_\_\_\_