



RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PER LE POLIZZE VITA LONG TERM CARE

Dati anagrafici dell'assicurato/ beneficiario:

Il/La Sottoscritto assicurato/ beneficiario: _____ nato/a il _____ cognome nome
C.F. _____ residente a _____ in via _____
prov. _____ cap _____ telefono _____ e-mail _____

Dati anagrafici del Tutore/Procuratore (se nominato):

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ cognome nome
C.F. _____ residente a _____ in via _____
prov. _____ cap _____ telefono _____ e-mail _____

chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza*

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- fotocopia di un documento di identità valido;
- fotocopia codice fiscale;
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 1);
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- eventuale documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale);
- Informativa Privacy.

* definita come da Condizioni di polizza del Fascicolo informativo consegnato all'assicurato/ Beneficiario.



Il pagamento della prestazione assicurata avverrà tramite accredito su c/c bancario intestato all'assicurato/beneficiario (indicare le coordinate):

Banca _____	c/c _____	(espresso in 12 cifre comprensive di zeri e/o lettere)
ABI _____	CAB _____	IBAN _____

Luogo e data della richiesta

Firma dell'assicurato/ beneficiario o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

L'assicurato/beneficiario dichiara infine di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza e precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Luogo e data

Firma dell'assicurato / beneficiario o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Si ricorda inoltre che:

- la Società si riserva di richiedere all'assicurato/beneficiario informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione il Beneficiario dovrà produrre, con cadenza annuale, certificato di esistenza in vita.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Società si riserva di richiedere al Beneficiario, con cadenza triennale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

Spazio riservato all'Agenzia

Data ricevimento documentazione OROLOGIO DATARIO	Timbro e Firma dell'Agente
---	-------------------------------------