

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA POLIZZE VITA - LONG TERM CARE

(Convenzione EMAPI – AVIVA VITA S.p.A. CONTRATTO n. 5002)

Dati anagrafici dell'Assicurato:

Il/La Sottoscritto Assicurato: _____		nato/a il _____	
cognome	nome		
C.F. _____		Cassa/Ente di appartenenza _____	
residente a _____		in via _____	
prov. _____	cap. _____	telefono _____	e-mail _____

Dati anagrafici del Legale Rappresentante/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 presumibilmente in modo permanente dell'autosufficienza*

A tal proposito allega alla presente:

- fotocopia di un documento di identità valido dell'Assicurato/Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore (se nominato);
- fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria dell'Assicurato/Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore (se nominato);
- relazione del Medico curante o del Medico ospedaliero che esponga lo stato di non-autosufficienza presumibilmente permanente dell'Assicurato, la data della sua sopravvenienza e l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni (Modello 1);
- qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o da altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) allega, inoltre, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.);
- documentazione medica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali, accertamenti comprovanti la perdita delle capacità cognitive);
- documentazione attestante l'eventuale riconoscimento (o la domanda) di invalidità civile;
- documentazione ufficiale comprovante lo status di legale rappresentante (ad esempio: decreto di nomina di Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno; procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale);
- Informativa in materia di protezione dei dati personali EMAPI;
- Informativa in materia di protezione dei dati personali di CNP VITA ASSICURA (già AVIVA VITA S.p.A.)

Luogo e data della richiesta

Nome e Cognome

Firma dell'Assicurato o del Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore

L'Assicurato/Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore dichiara 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, omissso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Nome e Cognome

Luogo e data della richiesta

Firma dell'Assicurato o del Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore

* definita come da Condizioni Generali di Assicurazione.