Ente di Mutua Assistenza
per i Professionisti Italiani

CNP vita Assicurazione

Mod.R-LTC -2/21

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.);
- eventuale documentazione medica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali, accertamenti comprovanti la perdita delle capacità cognitive);
- eventuale documentazione attestante il riconoscimento (o la domanda) di invalidità civile;
- eventuale 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 ASSICURAZIONI VITA (già AVIVA VITA S.p.A.)

_____ _____

Luogo e data della richiesta ***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, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

_____ _____

Luogo e data ***Firma dell'Assicurato o del Legale Rappresentante/Procuratore/Tutore/Curatore***

* definita come da Condizioni Generali di Assicurazione.