

Spett.le
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO
Piazza Affari, 3
20123 MILANO
Mail:
ltc-sinistri@fondosanitariogruppointesasampaolo.it

Spett.le
AGENZIA UNIPOL
Bari Mediterraneo
Piazza Balenano, 11B
70121 BARI
Mail: Sinistri@agcmediterraneo.it

Spett.
UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.
Area Life - Ufficio Collettive Grandi Clienti
Via Stalingrado, 45
40128 BOLOGNA
Mail: LiquidazioneLTCFSIVitaColl@unipol.it

DENUNCIA DI SINISTRO PER ASSICURAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO GRUPPO INTESA SANPAOLO - CONVENZIONE N. 5500201

Io sottoscritto _____, nato il _____,
codice fiscale _____ residente in _____,
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

iscritto al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo e assicurato con la convenzione in oggetto, con la presente formulo denuncia di sinistro relativamente alla copertura assicurativa per Non Autosufficienza (LTC) accesa dal Fondo Sanitario stesso con Unipol Assicurazioni S.p.A. e pertanto ne chiedo la sua attivazione.

Resto in attesa di ricevere l'elenco della documentazione da presentare per la valutazione della Non Autosufficienza.

Distinti saluti

_____, li ____/____/____

Allegare copia fronte e retro di un documento di identità valido

Spett.le
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO
Piazza Affari, 3
20123 MILANO
Mail:
ltc-sinistri@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

Spett.le
AGENZIA UNIPOL
Bari Mediterraneo
Piazza Balenzano, 11B
70121 BARI
Mail: Sinistri@agcmediterraneo.it

Spett.
UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.
Area Life - Ufficio Collettive Grandi Clienti
Via Stalingrado, 45
40128 BOLOGNA
Mail: LiquidazioneLTCFSIVitaColl@unipol.it

**DENUNCIA DI SINISTRO PER ASSICURAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA FONDO SANITARIO GR. INTESA SANPAOLO
PER CONTO DELL'ASSICURATO**

CONVENZIONE N. 5500201

Io sottoscritto _____, nato il _____,
codice fiscale _____ residente in _____,
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

in qualità di

- ☐ Tutore
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Curatore
- ☐ Procuratore
- ☐ Mandatario

del/della signor/signora

nome e cognome _____, nato il _____,
codice fiscale _____ residente in _____,
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

iscritto al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo e assicurato con la convenzione in oggetto, con la presente formulo denuncia di sinistro relativamente alla copertura assicurativa per Non Autosufficienza (LTC) accesa con Unipol Assicurazioni S.p.A. e pertanto ne chiedo la sua attivazione.

Resto in attesa di ricevere l'elenco della documentazione da presentare per la valutazione della Non Autosufficienza.

Distinti saluti

_____, li ____/____/____

Allegare copia fronte e retro di un documento di identità valido