

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

Spett.
AON Spa
Ufficio Sinistri Employee Benefits
Via Ernesto Calindri, 6
20143 MILANO
Mail: denunciasinistriltc@aon.it

Spett.
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
Liquidazione Vita Collettive
Via L. il Magnifico, 1
50129 FIRENZE FI
Mail: LiquidazioneLTC-VitaColl@unipolsai.it

DENUNCIA DI SINISTRO PER ASSICURAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO INTESA SANPAOLO - CONVENZIONE N. 5500086

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

Coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto dell'iscritto al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

_____ in quanto 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 Unipolsai 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.
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO
Piazza Affari, 3
20123 MILANO
Mail:
ltc-sinistri@fondosanitariogruppointesasanpaolo.it

Spett.
AON Spa
Ufficio Sinistri Employee Benefits
Via Ernesto Calindri, 6
20143 MILANO
Mail: denunciasinistriltc@aon.it

Spett.
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
Liquidazione Vita Collettive
Via L. il Magnifico, 1
50129 FIRENZE FI
Mail: LiquidazioneLTC-VitaColl@unipolsai.it

**DENUNCIA DI SINISTRO PER ASSICURAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA FONDO SANITARIO INTESA SANPAOLO
PER CONTO DELL'ASSICURATO
CONVENZIONE N. 5500086**

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 _____

Coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto dell'iscritto al Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

_____ in quanto assicurato con la convenzione in
oggetto, con la presente formulo denuncia di sinistro relativamente alla copertura assicurativa per Non Autosufficienza
(LTC) accesa con Unipolsai 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