RICHIESTA DI ACCERTAMENTO E LIQUIDAZIONE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PER LE POLIZZE VITA COLLETTIVE LONG TERM CARE
Polizza 76504 – FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL GRUPPO INTESA SANPAOLO

Dati anagrafici **dell'Assicurato**

Il / La sottoscritto/a _____Nato il_____ a _____ Prov ___
Cognome Nome
Residente in via _____ CAP_____ Città_____ Prov___

Cod.Fiscale|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. _____ E-Mail _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ CAP_____ Città _____ Prov ___

Dati anagrafici dell'**eventuale Legale Rappresentante**

Il / La sottoscritto/a _____Nato il_____ a _____ Prov ___
Cognome Nome
Residente in via _____ CAP_____ Città_____ Prov___

Cod.Fiscale|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. _____ E-Mail _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____ CAP_____ Città _____

CHIEDE il riconoscimento della perdita di autosufficienza e, come contrattualmente previsto, l'attivazione della rendita sul seguente conto corrente, abilitato al ricevimento di bonifici e intestato/cointestato al beneficiario:

☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Eventuali cointestatari del conto corrente_____

DICHIARA di aver già avanzato domanda per la copertura obbligatoria **SI** ☐ **NO** ☐
Con il seguente esito_____

Per BENEFICIARIO

- Persona politicamente esposta: [**SI**] [**NO**]
- Rapporto con il Contraente: [ ] Appartenente al nucleo familiare
  [ ] Rapporto di lavoro/affari
  [ ] Altro ……..
- Paese di destinazione delle somme ricevute: ……..

Per eventuale TUTORE/AMM. DI SOSTEGNO

- Persona politicamente esposta: [**SI**] [**NO**]
- Rapporto con il Beneficiario: [ ] Appartenente al nucleo familiare
  [ ] Rapporto di lavoro/affari
  [ ] Altro ……..

Luogo e data

……..

Firma del dichiarante/tutore/AdS

……..……

Allegare:

- □ **Fotocopia documento di identità;**
- □ **Fotocopia Codice Fiscale ;**
- □ **Assenso al trattamento dei dati personali (Privacy);**
- □ **Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza del medico curante preferibilmente redatta su apposito modello fornito dalla società (Modello 1);**
- □ **Certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza preferibilmente redatto su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);**
- □ **Eventuale documentazione medica aggiuntiva;**
- □ **Eventuale documentazione ufficiale comprovante lo status di legale rappresentante (procura speciale/generale) corredata dei dati anagrafici del legale rappresentante stesso (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).**

AVVERTENZE: Compilare la richiesta in modo completo. **Le richieste di pagamento incomplete comportano la necessità di integrazione dei documenti e, di conseguenza, tempi di liquidazione più lunghi.**