



INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA COMPILATI IN TUTTE LE SUE PARTI A:

assistenza.ltc@pec.it

o in alternativa a:

EMAPI Casella Postale n. 494

Ufficio Postale Roma V.R.

Piazza San Silvestro 19 - 00187 Roma



**CONVENZIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA/ LONG TERM CARE (LTC)
EMAPI – AVIVA VITA S.p.A. – CONTRATTO n. 5002**

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO DENUNCIA PERDITA AUTOSUFFICIENZA

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** _____

In qualità di: Assicurato Familiare Tutore/Legale rappresentante

invia in allegato la seguente documentazione

Cognome e Nome: (se diverso dal Mittente) _____

- modulo “richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza polizze vita long term care”, debitamente compilato e sottoscritto, **completo della relativa documentazione richiesta**
 - modulo “relazione medica sullo stato di non-autosufficienza presumibilmente permanente” debitamente compilato e sottoscritto
 - modulo “relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana”
 - eventuale ulteriore documentazione, menzionata all’interno della relazione medica: