

**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 ai fini del riconoscimento della perdita di autosufficienza di:

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:

Data documento	Tipo documento	Soggetto emittente il documento
Note:		