

**CONVENZIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA/ LONG TERM CARE (LTC)
EMAPI – POSTE VITA S.p.A. – CONTRATTO n. CL09**

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:		