



**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 – 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 documentazion

- 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: