INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA COMPILATO 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

Mod.R-LTC -1/25

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:

_____ _____

Luogo e data della richiesta ***Firma***