



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 -1/24

**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:

Luogo e data della richiesta

Firma