

MODULO DENUNCIA SINISTRI "BENEFICIO IN VITA"

La preghiamo di compilare in ogni sua parte questo modulo e di allegare la documentazione sanitaria relativa all'evento.

Il sottoscritto _____
(Assicurato o Contraente)

richiede la liquidazione del capitale caso morte a beneficio dell'Assicurazione Complementare "Beneficio in Vita", per la/e polizza/e di seguito indicate:

Polizza n. _____ Polizza n. _____

Polizza n. _____ Polizza n. _____

Importo richiesto:

Tutto il capitale
 Una parte del capitale pari a € _____

Allego altresì i seguenti documenti:

Cartella clinica (copia conforme all'originale)
 Esami medici effettuati
 Copia C.F. e documento d'identità valido

Nome del medico curante _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ PV _____ Tel. _____

Autorizzazione a rilasciare informazioni

Io Sottoscritto:

- autorizzo la Compagnia a rivolgersi, in ogni tempo e per qualsiasi informazione sul mio conto, ad altre persone, così come ai medici ed agli Istituti Sanitari che mi hanno visitato e/o avuto in cura ed autorizzo in pari tempo i medici e gli Istituti Sanitari e le altre persone a fornire alla Compagnia le informazioni da essa richieste, dichiarando di rinunciare ad ogni azione legale e disciplinare nei confronti dei predetti soggetti, acconsento altresì, che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- mi obbligo a produrre alla Compagnia la documentazione sanitaria necessaria ai fini del Contratto di Assicurazione sulla Vita qui proposto, rivolgendomi a medici di fiducia della Compagnia ed autorizzando i supporti forniti dalla stessa.

Queste informazioni possono essere utilizzate dalla Compagnia per determinare se la presente "Denuncia di Sinistro" è valida assieme alla somma dovuta.

Le persone che firmano il presente modulo possono richiederne copia.

Luogo e data _____ Firma _____
(Assicurato o Contraente)

L'Intermediario _____