

DICHIARAZIONE MEDICA SINISTRO "BENEFICIO IN VITA"

Egregio Dottore,

La preghiamo di voler compilare il presente modulo, rispondendo alle domande riportate relativamente alle condizioni di salute del nostro Assicurato e di rispedirlo alla Compagnia nell'allegata busta preaffrancata.

Il sottoscritto _____ in qualità di medico curante del/la

Sig./ra _____ comunica che, a seguito degli

accertamenti sanitari effettuati dal paziente, è stato diagnosticato quanto segue:

Il paziente è in grado di intendere e di volere? SI NO

Per poter effettuare la liquidazione anticipata del capitale, il paziente deve avere un'aspettativa di vita di sei mesi o meno, OPPURE un'aspettativa di vita di sei mesi o meno senza il trapianto di uno o più organi vitali. Nella Sua stima, il Suo paziente risponde a uno dei due requisiti?

NO

SI, il paziente ha un'aspettativa di vita di sei mesi o meno

SI, il paziente ha un'aspettativa di vita di sei mesi o meno se non riceve il trapianto di uno o più organi vitali.

Per favore indichi il trapianto necessario:

cuore fegato cuore-polmoni midollo osseo altro _____

Per eventuali chiarimenti potrà contattare il Servizio Clienti al numero +39 035 80 32 572.

Data _____

Firma del medico _____