

DELEGA RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Io sottoscritto Sig./ra _____ nato/a il _____ a _____ residente in _____ () Via _____ documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____ in data _____ (che si allega), in qualità di beneficiario della polizza n. _____, in considerazione delle particolari difficoltà ad acquisire direttamente la documentazione sanitaria o relativa alle cause e circostanze del decesso dell'Assicurato/a per le ragioni di seguito indicate

DELEGO

Pramerica Life S.p.A., con sede legale in Piazza della Repubblica n. 14, Milano (MI), in persona dei propri procuratori pro tempore muniti degli appositi poteri, a richiedere e ritirare, nel rispetto della normativa in materia di riservatezza dei dati personali, la documentazione sanitaria (i.e. referti diagnostici, cartelle cliniche, etc.) e/o relativa alle cause del decesso riguardanti il/la Sig./ra _____ per poter verificare la sussistenza dei requisiti necessari per procedere alla liquidazione a mio favore della polizza di cui sopra.

Prendo atto che Pramerica Life S.p.A. potrà richiedermi il rimborso delle spese vive documentate sostenute per l'acquisizione della documentazione nonché dell'importo di 50 euro a copertura delle spese di gestione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente delega viene conferita.

_____, li _____

(Il Delegante)

Avvertenza: la delega a Pramerica Life S.p.A. delle indagini riguardanti la documentazione sanitaria potrebbe comportare un differimento dei tempi necessari per la liquidazione della somma assicurata.