

DELEGA RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il
_____ residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____ Via
_____ n. _____ documento di riconoscimento n. _____ rilasciato
da _____ in data _____ (che si allega), in qualità di beneficiario della polizza n.

DELEGA

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 _____.

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.