

N. di Polizza: _____
Nome del Prodotto: _____
Contraente: _____
Assicurato: _____

DICHIARAZIONE DI SINISTRO LTC

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____, in qualità di assicurato della polizza in oggetto

COMUNICO

l'impossibilità di compiere in autonomia le seguenti attività di vita quotidiana in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lavarsi | <input type="checkbox"/> Spostarsi |
| <input type="checkbox"/> Vestirsi e Svestirsi | <input type="checkbox"/> Andare al bagno ed usarlo |
| <input type="checkbox"/> Continenza | <input type="checkbox"/> Alimentarsi |

A seguito di quanto sopra allego la seguente documentazione:

- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato (con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza)
- Copia conforme all'originale della cartella clinica (se esistente)
- Copia di un documento d'identità in corso di validità e del Codice Fiscale dell'Assicurato (se non già fornito in occasione di precedenti rapporti);
- Questionario di adeguata verifica della clientela;
- IBAN dell'Assicurato _____

Data e luogo _____

Il Dichiarante _____ l'Intermediario _____

N.B. Pramerica si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni; tale documentazione potrà essere richiesta solo in caso di necessità e in considerazione di particolari esigenze istruttorie.