

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

DICHIARAZIONE DI SINISTRO CRILL

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

la diagnosi di "malattia grave" causata da:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infarto miocardico | <input type="checkbox"/> Innesto di by pass aortocoronarico |
| <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Insufficienza renale |
| <input type="checkbox"/> Ictus cerebro-vascolare | <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo |

A seguito di quanto sopra allego la seguente documentazione:

- Relazione del medico curante;
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa all'evento;
- 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;
- Modulo di attestazione di residenza fiscale – FATCA/CRS (*solo per Persone Giuridiche*)
- IBAN dell'Assicurato _____

Data e luogo _____

Il Dichiarante _____ l'Intermediario _____

N.B. La Compagnia 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.