

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. 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.*