

Spettabile
Crédit Agricole Vita S.p.A.

OGGETTO: Comunicazione decesso dell'Assicurato

Contratto _____ Nr. _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di
_____ della polizza in oggetto comunica che in data _____ è avvenuto il
decesso dell'Assicurato a causa decesso _____.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- **Certificato di morte dell'Assicurato**

Ricordiamo che per valutare la liquidabilità del contratto sarà necessario fornire la seguente documentazione tramite la procedura di richiesta di liquidazione:

- Se il decesso è avvenuto per malattia:
 - **Relazione del medico curante** sulle cause del decesso compilata dal medico che aveva in cura l'assicurato fino alla data del decesso (inclusa anamnesi medica)
 - **Copia della cartella clinica informatizzata**, limitata i 5 anni antecedenti la data di decorrenza della polizza con particolare riferimento alle seguenti sezioni: anamnesi patologica personale, ricoveri o interventi ambulatoriali, terapie farmacologiche, scheda patologie, cronologia prescrizione esami del sangue, esami specialistiche complete di referti. Tutte le informazioni dovranno essere collocate temporalmente. In assenza di cartella clinica informatizzata, dovrà essere fornita Anamnesi medica limitata ai 5 anni antecedenti alla data di decorrenza della polizza
- Se il decesso è avvenuto per infortunio o in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio):
 - **Verbale autorità giudiziaria** dal quale si deducano le precise circostanze che hanno portato al decesso
- In caso di garanzia complementare da decesso per incidente stradale:
 - **Verbale autorità giudiziaria** dal quale si deducano le precise circostanze che hanno portato al decesso
 - **Rapporto di Polizia o delle autorità competenti** comprensivo di test alcolimetrico e test sull'abuso di sostanza stupefacenti se previsto

Per il pagamento di quanto dovuto, al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta, si rinvia al modulo di "richiesta di liquidazione del capitale per decesso dell'Assicurato" che dovrà essere compilato e sottoscritto dai beneficiari.

LUOGO _____ DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'INCARICATO

FIRMA DEL DENUNCIANTE