

Spettabile
Crédit Agricole Vita S.p.A.

OGGETTO: Comunicazione sinistro in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato - Long Term Care

Contratto _____ Nr. _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di
_____ della polizza in oggetto comunica che in data _____ è avvenuto il
sinistro per Non Autosufficienza dell'Assicurato.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- **Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi di Non Autosufficienza** di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato

Per il pagamento di quanto dovuto, al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta, si rinvia al modulo di "Richiesta di liquidazione della Rendita per Non Autosufficienza dell'Assicurato - Long Term Care" che dovrà essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato che coincide **con la figura del Beneficiario**.

LUOGO _____ DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'INCARICATO

FIRMA