



Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani

INVIARE IL MODELLO DI DENUNCIA COMPILATO IN
TUTTE LE SUE PARTI A:

EMAPI Casella Postale n. 494
Ufficio Postale Roma V.R.
Piazza San Silvestro 19 - 00187 Roma



Aviva Vita S.p.A.

Mod.R-LTC-1/19

CONVENZIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA/ LONG TERM CARE (LTC)
EMAPI – AVIVA VITA S.p.A. – CONTRATTO n. 5002

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO DENUNCIA PERDITA AUTO SUFFICIENZA

Dati anagrafici dell'Assicurato:

Il/La Sottoscritto Assicurato:	_____	nato/a il _____
	cognome	nome
C.F. _____	Cassa/Ente di appartenenza _____	
residente a _____	in via _____	
prov. _____	cap. _____	telefono _____ e-mail _____

Dati anagrafici del Legale Rappresentante/Procuratore (se nominato):

Il/La Sottoscritto/a	_____	nato/a il _____
	cognome	nome
C.F. _____	residente a _____ in via _____	
prov. _____	cap. _____	telefono _____ e-mail _____

In qualità di: Assicurato Familiare Tutore/Legale rappresentante

invia in allegato la seguente documentazione ai fini del riconoscimento della perdita di autosufficienza di:

Cognome e Nome: (se diverso dal Mittente) _____

- modulo "richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza polizze vita long term care", debitamente compilato e sottoscritto, **completo della relativa documentazione richiesta**
- modulo "relazione medica sullo stato di non-autosufficienza presumibilmente permanente" debitamente compilato e sottoscritto
- modulo "relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana"
- eventuale ulteriore documentazione, menzionata all'interno della relazione medica:

Data documento	Tipo documento	Soggetto emittente il documento

Note: _____

Luogo e data della richiesta

Firma