PROCURA PER ACQUISIZIONE DOCUMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a …………………………………………………………………………………., nato/a a…………………………………………….

il……………………………………………, c.f. ……………………………………………………………………………………………………………..,

residente in ………………………………………………………………, in Via………………………………………………………………… n. ……

nella mia qualità di Beneficiario/a della polizza Vittoria Assicurazioni n. ……………………………………………………….

Avente come Contraente…………………………………………………….. e come Assicurato/a ………………………………………

Deceduto/a in data…………………………, poiché ho particolari difficoltà ad acquisire direttamente la documentazione sanitaria o relativa alle cause e circostanze del decesso dell’Assicurato/a, per le ragioni di seguito indicate ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

DELEGO

Vittoria Assicurazioni S.p.A. o un suo delegato a richiedere in mio nome e per mio conto, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali ed anche, ai sensi del Reg. UE 2016/679 e normativa vigente, la documentazione sanitaria o relativa alle sue cause e circostanze del decesso del/della Sig./Sig.ra ………………………………………………………………………………………………………………………ai seguenti soggetti ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….., per poter verificare la sussistenza dei requisiti necessari per procedere alla liquidazione a mio favore della polizza di cui sopra.

Prendo atto che Vittoria Assicurazioni S.p.A. potrà richiedermi il rimborso delle spese vive documentate sostenute per l’acquisizione della documentazione.

Luogo e data ………………………………………….. Firma ……………………………………………………………………..