

Spettabile
Crédit Agricole Vita S.p.A.

OGGETTO: Comunicazione sinistro per malattia grave dell'Assicurato – “Dread Disease”

Contratto _____ Nr. _____

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

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della Malattia Grave 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 per malattia grave dell'Assicurato – “Dread Disease” che dovrà essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato.

LUOGO _____ DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'INCARICATO

FIRMA
