

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
c.f. _____, residente in _____,

via _____ n. _____,
nella mia qualità di Beneficiario/a della polizza Alleanza Assicurazioni S.p.A.

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 Alleanza Assicurazioni S.p.A.

a richiedere in mio nome e per mio conto, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali ed anche ai sensi dell'art. 9 comma 3 D.Lgs 30.6.2003 n. 196 (Codice Privacy), la documentazione sanitaria o relativa alle 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 Alleanza Assicurazioni S.p.A. potrà richiedermi il rimborso delle spese vive documentate sostenute per l'acquisizione della documentazione.

Luogo e data _____

Firma _____