

PROCURA

Io sottoscritto/a
nato/a a il
Codice Fiscale
residente in
via n. CAP.....Prov.....,

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. 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 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