



PR87C23C0000000000

Spedire a:
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Palazzo Meucci - Via Ennio Doris
20079 Basiglio - Milano 3 (MI)

RACCOMANDATA

Luogo

Data

Oggetto: denuncia di sinistro per non autosufficienza

Ramo	N° Polizza	Nome e Cognome del Consulente Finanziario*	Codice Agente*

* da compilare se il modulo è inviato per il tramite del Consulente Finanziario

Importante: Questo documento deve essere compilato dal Medico curante o dal Capo Reparto dell'ospedale o della casa di cura. Delle risposte chiare, particolareggiate e leggibili consentiranno di accelerare lo studio della cartella clinica da parte del personale medico.

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME	NOME
Data di nascita	Luogo di nascita (Provincia, Città)
Indirizzo (Via / Piazza)	Numero Civico
CAP	Località (Comune)
Prov.	Naz.

DATI RELATIVI ALL'AFFEZIONE

Diagnosi particolareggiata:
L'assicurato è affetto da demenza invalidante (ad esempio, malattia di Alzheimer)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'invalidità è assoluta e definitiva? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Da quando?
Data di insorgenza della malattia:

STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL PAZIENTE

Per quanto riguarda le seguenti azioni della vita quotidiana, quali sono le capacità del paziente?
ALIMENTARSI: <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE <input type="checkbox"/> AIUTATO <input type="checkbox"/> DA SOLO
SPOSTARSI: <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE <input type="checkbox"/> AIUTATO <input type="checkbox"/> DA SOLO
VESTIRSI: <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE <input type="checkbox"/> AIUTATO <input type="checkbox"/> DA SOLO
LAVARSI: <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE <input type="checkbox"/> AIUTATO <input type="checkbox"/> DA SOLO
Data di insorgenza dello stato di Non Autosufficienza:

Timbro e firma del Medico