



Spedire a:
Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri Rami Elementari
Via Francesco Sforza, 15
Palazzo Meucci 20080 - Basiglio (MI)
E-mail: sire@mediolanum.it

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO CAPITALE AUTONOMIA

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

COGNOME		NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA (Provincia, Città)			
INDIRIZZO - via / piazza			NUMERO CIVICO
C.A.P.	LOCALITÀ (Comune)		PROV. NAZ.

1) INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AFFEZIONE (morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti)

Diagnosi particolareggiata:

.....

.....

.....

.....

.....

L'assicurato è affetto da demenza invalidante (ad esempio, morbo di Alzheimer)? SI NO

L'invalidità è assoluta e definitiva? SI NO Da quando? _____

Data d'insorgenza della malattia: _____

2) STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL PAZIENTE

Per quanto riguarda le seguenti azioni della vita quotidiana, quali sono le capacità del paziente?

ALIMENTARSI	-	Impossibile	Aiutato	Da solo
SPOSTARSI	-	Impossibile	Aiutato	Da solo
VESTIRSI	-	Impossibile	Aiutato	Da solo
LAVARSI	-	Impossibile	Aiutato	Da solo

Data d'insorgenza dello stato di Non Autosufficienza:

Il sottoscritto / La sottoscritta

Luogo:

.....

.....