

PROCURA

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. 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 degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, 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

.....