

Io sottoscritto [*nome e cognome*], nato a il, c.f., residente in

nella mia qualità di beneficiario della polizza ITAS VITA SPA avente come Contraente [*nome e cognome*] e come Assicurato [*nome e cognome*], deceduto in data,

con la presente delego e conferisco mandato ad ITAS Vita Spa

a rivolgersi alle persone fisiche, persone giuridiche, enti, associazioni e comunque a tutti i soggetti che ITAS Vita Spa riterrà opportuno interpellare al fine di raccogliere informazioni e documenti inerenti le cause e le circostanze del decesso dell'Assicurato nonché l'anamnesi remota dell'Assicurato riferita al massimo ai 5 anni precedenti alla sottoscrizione della polizza di cui sopra (a titolo esemplificativo e non esaustivo: certificato necroscopico, cartelle cliniche, esami clinici, autopsia ove eseguita, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo del sinistro ed esito delle eventuali indagini disposte dall'Autorità Giudiziaria) per poter verificare la sussistenza dei requisiti necessari per procedere alla liquidazione a mio favore della polizza di cui sopra.

Il tutto nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati ed anche ai sensi dell'art. 9 comma 3 D.Lgs 30.06.2003 n. 196 (Codice Privacy).

Rimane infine inteso che nell'ipotesi in cui, nonostante i tentativi, ITAS Vita Spa non dovesse riuscire ad accedere personalmente alle informazioni e ai documenti di cui sopra, il sottoscritto si attiverà per ottenerli direttamente al fine di poter richiedere ad ITAS VITA S.p.A. il pagamento delle prestazioni assicurative.