

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
c.f. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, nella mia qualità di Beneficiario/a della polizza Genertellife 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 Genertellife S.p.A.

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 Genertellife S.p.A. potrà richiedermi il rimborso delle spese vive documentate sostenute per  
l'acquisizione della documentazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_