MOD.1a

CASDIC – GESTIONE LTC

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PER I DIPENDENTI DEL SETTORE DEL CREDITO (LONG TERM CARE).

(da inviare a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla CASDIC Piazza Grazioli n. 16 – 00186 ROMA

Dati anagrafici dell'assistito:

Il/La Sottoscritto: _____ **nato/a il** _____
cognome nome

C.F. _____ **residente a** _____ **in via** _____

prov._____ **cap** _____ **telefono** _____ **e-mail** _____

Dati anagrafici del Tutore/Procuratore (se nominato):

_____ **nato/a il** _____
cognome nome

C.F. _____ **residente a** _____ **in via** _____

prov._____ **cap** _____ **telefono** _____ **e-mail** _____

chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza*

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- ✓ fotocopia di un documento di identità valido;
- ✓ fotocopia codice fiscale;
- ✓ certificato che attesti la perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- ✓ relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 3);
- ✓ documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- ✓ eventuale documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale);
- ✓ lettera di consenso in materia di "privacy"

Dichiara inoltre di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di ……
dal …… con la qualifica di ……
(ovvero: di aver cessato il servizio alle dipendenze di ……
a causa di …… con la qualifica di ……..)

* definita come da Regolamento della CASDIC.

Il pagamento della prestazione assicurata avverrà tramite accredito su c/c bancario intestato all'affiliato/
beneficiario (indicare le coordinate):

Banca _____ c/c _____
(espresso in 12 cifre comprensive di zeri e/o lettere) ABI _____CAB_____

_____ IBAN _____

Luogo e data della richiesta ***Firma dell'assistito o del Tutore/ Procuratore*** **(se nominato)**

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza e precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di non autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Luogo e data della richiesta ***Firma dell'assistito o del Tutore/ Procuratore*** **(se nominato)**

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 3 mesi.
- la Cassa si riserva di richiedere all'assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'assistito dovrà produrre, con cadenza annuale, certificato di esistenza in vita.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Cassa si riserva di richiedere all'assistito, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.