



# **FACSIMILE**

**Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente  
per richiedere alla Compagnia una anticipazione**  
per **spese sanitarie** a seguito di **gravissime situazioni** relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie  
**e interventi straordinari** riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche

A Lombarda Vita S.p.A.

In relazione alla domanda presentata dal Vs. Aderente:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Piano Individuale Pensionistico, come previsto  
dall'art.11, comma 7, del D.Lgs. n° 252 del 05/12/2005,

## **SI DICHIARA**

che il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(riportare il nome dell'Aderente al Piano Individuale Pensionistico o del familiare dell'Aderente)

**deve sostenere TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED AVENTI  
CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_.

*Timbro e firma*

\_\_\_\_\_

### **Istruzioni:**

- *La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.*
- *Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata.*
- *In caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'Aderente.*

