

DICHIARAZIONE SULLE CAUSE DEL DECESSO DELLA PERSONA ASSICURATA

Io sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il.....

Residente inVian.....

Codice Fiscale

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

dichiaro

che il decesso di
(nome e cognome dell'Assicurato)

nato/a.....il.....

Codice Fiscale

è dovuto a cause non attribuibili direttamente o indirettamente a:

- dolo del Contraente o del Beneficiario
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- atti contro la persona dell'Assicurato - compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie o interventi prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Luogo e data _____

Firma del/della dichiarante
(leggibile e per esteso)