

3. È a conoscenza di una polizza di assicurazione vita che copra la persona di cui sopra?
NO (vada al punto #4) SÌ (completi le seguenti informazioni riguardanti la polizza)

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE _____

POLIZZA _____

4. È a conoscenza se la persona di cui sopra è coperta da un'assicurazione sanitaria altra rispetto a Medicaid o Medicare?
NO (vada al punto #5) SÌ (completi le seguenti informazioni riguardanti la polizza)

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE _____

POLIZZA _____

NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO O DEL PIANO DI GRUPPO _____

5. È a conoscenza se la persona di cui sopra abbia un interesse in accordi fiduciari, immobiliari o legali?
NO (vada al punto #6) SÌ (descrizione) _____

6. È a conoscenza se la persona di cui sopra abbia venduto, donato o trasferito denaro, immobili o altri beni negli ultimi 36 mesi?
NO (vada al punto #7) SÌ (descrizione) _____

7. Alcune persone hanno diritto a rendite di famiglia nel momento in cui i genitori o il coniuge vanno in pensione, diventano invalidi o decedono. Si prega di completare le seguenti informazioni, ove necessario:

	MADRE	PADRE	CONIUGE
DATA DI PENSIONAMENTO	_____	_____	_____
DATA DI DISABILITÀ	_____	_____	_____
DATA DI DECESSO	_____	_____	_____
LUOGO DI DECESSO	_____	_____	_____

Certifico che le dichiarazioni rilasciate rispondono a verità per quanto mi è noto.

Firma _____ **Data** _____

Rapporto con la persona _____

Telefono _____ **Cellulare** _____