

ABI	CAB	SPORTELLO
-----	-----	-----------

CONVENZIONI	N° ADESIONE
-------------	-------------

DENUNCIA DI SINISTRO

La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello e di consegnarlo alla sua Banca che provvederà ad inviarlo, unitamente alla documentazione richiesta, alla Compagnia competente.

ASSICURATO (Cognome e Nome): _____
Codice Fiscale: _____

Dati relativi all'Assicurato / Avente Causa

Cognome e nome/Rag. Soc. _____ C.F./P.I. _____
Legale Rappresentante _____
Luogo e data di nascita _____ Sesso _____
Residenza _____
Documento di riconoscimento (tipo e numero) _____
Rilasciato da _____ Luogo e data _____

Riquadro da compilare in caso di decesso dell'Assicurato

L'Avente Causa dichiara che si è verificato il decesso dell'Assicurato in data: _____

Compagnia competente in caso di decesso dell'Assicurato: **EUROVITA S.p.A.**

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di contattare: Tel. 848 880 880 - Da cellulare o estero +39 035 80 32 572 - Fax 02 5744 2360 -

Riquadro da compilare in presenza di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato

L'Assicurato dichiara di essere:

Lavoratore Dipendente privato
 Non Lavoratore

Lavoratore Autonomo
 Lavoratore Dipendente pubblico

Sinistro avvenuto il _____ a seguito di (breve descrizione modalità sinistro): _____

Compagnia competente in caso di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato: **AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.**

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di telefonare al **Numero Verde** _____
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00.

RIFERIMENTI BANCARI PER IL PAGAMENTO

Aviva Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via Angelo Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 5.000.009,04 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284960 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269910155 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003

Eurovita S.p.A.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN BASE ALLA TIPOLOGIA DEL SINISTRO:

Per tutti i sinistri:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento.

DECESSO dell'Assicurato - valida per tutti gli Assicurati - :

- certificato di morte dell'Assicurato;
- RELAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE (SANREL EIF) attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso.
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
 - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
 - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;
 - decreto di Chiusura Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica.
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento;
- se non esiste testamento:
 - per capitali fino a € 129.000: dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi.
 - per capitali superiori a € 129.000: originale - o copia conforme autenticata da un Pubblico Ufficiale - dell'atto notorio, dal quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi.
- modulo ELENCO BENEFICIARI (BENLIQ EIF) o, in alternativa, una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte che deve riportare le seguenti informazioni:
 - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
 - indicazione delle coordinate bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti;
- in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del capitale;
- in caso di vincolo o pegno: dichiarazione del vincolatario/creditore pignoratizio di rinuncia al vincolo/pegno.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da infortunio o malattia - valida per tutti gli Assicurati -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento.

PERDITA D'IMPIEGO - valida solo per i lavoratori dipendenti privati -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento.

INABILITA' TOTALE E TEMPORANEA da infortunio o malattia - valida solo per i lavoratori autonomi -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale);
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es. copia certificato di attribuzione del numero di partita IVA).

RICOVERO OSPEDALIERO da infortunio o malattia - valida per i non lavoratori ed i dipendenti pubblici -

- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento.
- attestato che certifichi la condizione di Non Lavoratore o di Dipendente Pubblico.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'Art. 23 D.Lgs- 196/2003)

Sulla base dell'Informativa Privacy ricevuta, acconsento al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli sensibili e quelli giudiziari, ove esistenti), per finalità assicurative/liquidative.

(Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa)

Luogo e Data _____

Visto Banca per identificazione
dell'Assicurato/Avente Causa

Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa