

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                       Lavoratore Autonomo  
 Non Lavoratore     Lavoratore Dipendente pubblico  
 Sinistro avvenuto il \_\_\_\_\_ a seguito di (breve descrizione modalità sinistro): \_\_\_\_\_  
 Compagnia competente in caso di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato: **AXA FRANCE IARD S.A.**  
 Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di telefonare al numero **02.6882691**  
 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00.

**RIFERIMENTI BANCARI PER IL PAGAMENTO**

IBAN \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

**AXA France Iard S.A.**  
iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 722057460, con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005 con provvedimento emesso l'1 Aprile 2003, per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'impiego.

**Eurovita S.p.A.** - Capitale Sociale € 90.498.908 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. n. 85 del 10/4/1992) - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 03735041000 - Partita IVA n. 10637370155 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00104 e appartenente al Gruppo Eurovita regolarmente iscritto all'Albo Gruppi assicurativi tenuto da IVASS - Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.

Mod.DENSIN COL ed.12-14.0

## 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 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 € 250.000: 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 € 250.000: 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 sottoscritto 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